Institut d'études politiques de Paris

ECOLE DOCTORALE DE SCIENCES PO

Programme doctoral de sociologie

Centre de sociologie des organisations &

Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques

Doctorat en sociologie

Une liberté sous contraintes ?

Rationalisation des pratiques des professionnels libéraux de soins primaires en maisons de santé pluriprofessionnelles en France

Anne Moyal

Thèse dirigée par Henri Bergeron, directeur de recherche au CNRS

soutenue le 5 mars 2021

Jury :

Henri Bergeron, Directeur de recherche CNRS, CSO – *Directeur*

Lawrence D. Brown, Professor in health policy and management, Columbia University, Mailman School of Public Health

Patrick Hassenteufel, Professeur des universités en science politique, Université Paris-Saclay (UVSQ), laboratoire PRINTEMPS – *Rapporteur*

Christine Musselin, Directrice de recherche CNRS, CSO

Magali Robelet, Maîtresse de conférences en sociologie, Université Lumière Lyon 2, Centre Max Weber

François-Xavier Schweyer, Professeur de l'École des hautes études en santé publique, Centre Maurice Halbwachs

Nadège Vezinat, Maîtresse de conférences HDR en sociologie, Université de Reims Champagne-Ardenne, laboratoire REGARDS – *Rapporteure*

Remerciements

Au moment d'achever ces cinq années de travail, je souhaiterais adresser mes remerciements sincères à toutes les personnes qui ont rendu cette entreprise non seulement possible mais même agréable !

À Lawrence Brown, Christine Musselin, Magali Robelet et François-Xavier Schweyer qui ont accepté de faire partie du jury de cette thèse, et plus particulièrement à Patrick Hassenteufel et Nadège Vezinat qui en sont les rapporteurs.

À Henri Bergeron, qui m'a fait confiance en 2015 alors qu'il ne me connaissait pas, non sans me pousser à lui montrer que j'étais déterminée à faire cette thèse : pendant 6 mois, il m'a en effet fait lire, écrire, réécrire plusieurs projets de recherche avant d'accepter officiellement de diriger mes travaux, et ce pour ma plus grande satisfaction car j'avais envie de travailler avec lui. Parce que je respecte son travail, parce que j'ai le sentiment d'apprendre (et d'avoir encore beaucoup à apprendre) lors de chacune de nos discussions, et parce que j'apprécie sa façon de travailler, exigeante mais responsabilisante. Et parce que l'aboutissement satisfaisant de cette thèse reflète, je pense, l'entente et la complémentarité entre une doctorante et un directeur de thèse.

À deux autres chercheurs du CSO (Centre de Sociologie des Organisations), Patrick Castel et Étienne Nouguez, qui m'ont particulièrement soutenue tout au long de cette thèse et encore plus cette dernière année, qui se sont intéressés à mon sujet, ont répondu à toutes mes questions et, surtout, ont accepté de relire mon manuscrit avec beaucoup d'attention. J'ai beaucoup appris grâce à eux. Merci Patrick d'avoir été disponible à chaque fois que je passais la tête dans ton bureau, le présent mémoire te doit beaucoup.

Aux autres membres du CSO, doctorants, post-doctorants, chercheurs et soutien à la recherche, pour les échanges quotidiens toujours chaleureux, ainsi que les discussions en séminaires : le séminaire doctoral organisé par Sylvain Brunier, Anne-Laure Beaussier, Renaud Crespin et Olivier Pilmis, le séminaire article assuré par Jérôme Aust et Sylvain (encore), et le séminaire d'écriture proposé par Sylvain (et encore) et Jean-Noël Jouzel. Merci à ceux qui m'ont apporté leurs conseils lors de mon séminaire doctoral de 4e année, qui a beaucoup compté dans le déroulement de cette thèse : Léonie Hénaut avec qui je partage un intérêt pour les questions de santé, Jérôme Pelisse qui nous accompagne personnellement dans notre parcours de doctorants, mais aussi Jérôme Aust, Aliénor Balaudé, Hugues Bonnefon, Patrick Castel, Renaud Crespin, Alizée Delpierre, Sophie Dubuisson-Quellier, Pauline Grimaud, Jean-Noël Jouzel, Étienne Nouguez, et Denis Segrestin. Merci plus précisément à Jérôme Aust, Patrick Castel, Renaud Crespin, Denis Segrestin et Tonya Tartour qui ont accepté de relire mon premier projet d'article et grâce auxquels j'ai finalement réussi à publier non pas un, mais deux articles au cours de cette thèse (en suivant leur précieux conseil « *un article, un argument* » !). Merci à Samia Ben pour ses multiples attentions et son aide pour valoriser nos productions, et merci à Anna Egea pour son aide indispensable pour les références bibliographiques de ce travail. Merci à la direction du CSO, Olivier Borraz, Sophie Dubuisson-Quellier et Simon Cordonnier, ainsi qu'à l'École Doctorale de Sciences Po, notamment à Alain Besoin, de m'avoir soutenue dans la réalisation de certains projets dont un séjour très formateur à l'Université de Columbia. Une pensée pour Aliénor Balaudé, Lise Cornillau, Marion Gaboriau et Audrey Harroche avec lesquelles j'ai partagé un bureau studieux, chaleureux et ensoleillé, et une pensée particulière pour Audrey avec laquelle nous nous sommes moralement accompagnées pendant la phase

cruciale de l'écriture. Je pense également aux autres doctorants dont nos chemins se sont suivis : Valérie Arnhold, Alexis Aulagnier, Sebastian Billows, Hadrien Clouet et Édouard Dequeker. Et une pensée toute particulière pour Alice Valiergue, auprès de laquelle j'ai aimé travailler et qui est devenue une amie.

Au LIEPP (Laboratoire Interdisciplinaire d'Évaluation des Politiques Publiques) et notamment Bruno Palier et Étienne Wasmer, qui ont accepté de financer cette thèse et m'ont permis de m'ouvrir à d'autres disciplines, ce qui peut manquer pendant la thèse ; à certains de ses chercheurs affiliés qui m'ont conseillée personnellement, Emanuele Ferragina et Anne Revillard ; à deux autres doctorantes affiliées avec lesquelles nous nous sommes soutenues, Louise Caron et Montserrat Botey (également partenaire de danse classique depuis 10 ans !) ; ainsi qu'à l'équipe administrative et de soutien à la recherche, toujours présente et aidante, notamment à Samira Jebli, Andreana Khristova, Latifa Lousao et Juliette Seban.

À Lawrence Brown de la Mailman School of Public Health de Columbia University, qui m'a accueillie pour un séjour dans cette université en 2019, qui m'a permis de mettre en perspective les politiques sanitaires françaises, m'a fait rencontrer la crème de la santé publique de la ville de New York, découvrir les meilleures adresses de Manhattan, et dont les conseils hebdomadaires m'ont aidée dans la publication de mon article à la *Revue française de science politique*.

À Dominique Dépinoy, pour qui j'ai beaucoup de respect et d'amitié, médecin et co-fondateur avec Sébastien Briois du cabinet Acsantis, spécialisé dans l'organisation du système de santé, qui m'a si bien accueillie dans l'équipe en 2012, m'a tout appris du système de santé français et m'a donné le goût des soins primaires et de la justice sociale. Cette expérience professionnelle a rendu possible ce travail de thèse. Une pensée également pour mes collègues avec qui j'ai aimé travailler chez Acsantis.

Aux chercheurs de l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé), passionnés également par les soins primaires et avec lesquels j'ai apprécié échanger, notamment Cécile Fournier, Julien Mousquès et Michel Naiditch, ainsi qu'à Isabelle Bourgeois qui collabore à leurs recherches et que j'ai eu plaisir à croiser dans ma vie professionnelle passée, et à Gérard Durand, médecin très investi dans les politiques de santé publique et le développement des soins primaires et qui m'a également beaucoup appris sur ce secteur.

Et, bien-sûr, à toutes les personnes dans les maisons de santé, au ministère, dans les agences régionales de santé, à l'assurance maladie, dans les collectivités territoriales et dans les cabinets de conseil, qui ont accepté que je les interroge et que je les observe.

Et parce qu'une thèse est un travail également intime, je tiens à témoigner ma reconnaissance, mon amitié et mon amour aux personnes dont la présence a particulièrement compté ces dernières années :

À ma famille et d'abord à mes parents, Jean-Claude et Guilaine, qui m'ont toujours soutenue, avec bienveillance et la touche de dérision nécessaire pour m'aider à prendre du recul, et qui m'ont plus précisément encouragée dans ma décision de me tourner vers la recherche en 2015. À mon père, dont j'aime tant le dynamisme et la capacité d'émerveillement, qui m'a découpé tous les articles de presse sur la santé pendant 5 ans et m'a apporté des conseils précieux lors de nos déjeuners en tête à tête. À ma mère, qui m'a inspirée en se lançant elle-même dans une thèse de lettres à 60 ans, pour réaliser son rêve de jeune femme. J'ai hâte de

voir publié ce livre sur Aimée de Coigny, femme forte et irrévérencieuse qui lui ressemble. À mes trois grands frères, Julien, Pascal et Olivier ainsi qu'à Bouchra, Alda et Kelley Anne qui, de près ou de plus loin, m'ont soutenue – et parfois même mis la pression ! – dans ce travail de recherche. Une mention spéciale pour les mets originaux préparés par Julien pendant deux mois de confinement et d'écriture. Une pensée pleine de tendresse pour mes neveux, Giacomo, Agnès, Flavio, Esteban, Rose, Clara et Elliott (qui sont pour certains trop loin), ainsi que pour Valentine. Et à ma famille élargie, Jacques, Moyal, Danan et Le Tarnec.

À mes amis les plus proches, qui ont été très présents ces dernières années, dans les moments joyeux et ceux un peu plus difficiles. Les amis qui sont là depuis longtemps : Oskar, ami fidèle dont j'apprécie tant la franchise et la simplicité ; Nathalie, Olivia, Clémentine, Inès, Domitille et Clara, avec qui j'aime débattre et rire de tout, entre Paris, Moscou, San Francisco, New Dehli, Ramallah et Rennes ; Léa (et sa famille !) qui m'accompagne de si près et m'a aidée à partir à New York ; Aurélia fidèle (jusqu'à New York) et toujours de bon conseil ; Hélène dont j'aime la délicatesse ; et Agathe, amie inspirante et à l'écoute. Et les amis dont je me suis rapprochée avec les années, pour mon plus grand bonheur : Tom, Lucas et Rémy, une famille de cœur et de quartier ; Élise, dont j'apprécie la poésie ; Constant, Étienne, Paule et Bertrand, qui ont chacun une personnalité renversante et avec qui j'aime tant rire, discuter, écouter de la musique très fort et bien manger. Un mot particulier pour Constant, dont la présence a tant compté cette dernière année. Une pensée pour Maxime également, qui m'a accompagnée pendant les premières années de cette thèse et a mis en musique notre quotidien d'alors.

À Éliane Radigue, dont la musique m'a apporté la sérénité et la concentration nécessaires à l'écriture.

Et enfin, à Guillaume, la personne avec laquelle j'ai le bonheur et l'honneur de partager ma vie, si riche aujourd'hui grâce à lui, qui m'impressionne et me touche par son intelligence, sa finesse, son aisance dans le monde concret et dans les idées, sa sensibilité profonde, son sens esthétique, son goût pour la musique. Merci d'avoir concocté la playlist de cette thèse et de nous faire tous danser la nuit. Merci de t'être sincèrement intéressé à ce travail et de m'avoir encouragée, supportée, relue et aidée dans la réflexion et dans l'écriture, de manière concrète et toujours avisée.

Sommaire

Introduction

Le 11 février 2019, alors en visite avec la ministre de la santé dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP[1]) d'Indre et Loire, le premier ministre affirmait : « *Cette initiative ici, et d'autres initiatives partout en France, montrent le chemin. Et l'objectif du projet de loi*[2]*, c'est de faire en sorte que ces initiatives puissent être dupliquées, multipliées sur le territoire, pour que l'exercice collectif de la médecine devienne la norme* ». Il s'empressait toutefois de préciser qu'il ne s'agissait pas de rendre ce modèle d'exercice « *obligatoire*[3] » pour les professionnels de santé. Cette déclaration publique récente traduit bien la tension au cœur de cette thèse entre, d'un côté, une volonté de la puissance publique de réguler l'offre de soins ambulatoires et, de l'autre, le respect du principe de liberté caractéristique du système de santé français, qui s'applique à la fois aux professionnels (majoritairement libéraux dans ce secteur) et aux patients (dont l'accès aux soins n'a pas été régulé avant l'obligation de déclarer un médecin traitant en 2004[4]).

Depuis leur entrée dans la loi en 2007[5], les MSP, qui regroupent des professionnels libéraux (essentiellement des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux) et dispensent des soins primaires[6], ont été promues avec constance par les différents

[1] Nous utiliserons le sigle MSP dans la suite de ce mémoire, qui apparaît aussi bien dans les textes officiels que dans les discours des personnes que nous avons rencontrées au cours de cette enquête.

[2] Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé présenté par Agnès Buzyn en Conseil des ministres le 13 février 2019 (la loi n°2019-774 a été adoptée le 24 juillet 2019).

[3] Propos d'Édouard Philippe (premier ministre de mai 2017 à juillet 2020) prononcés lors de sa visite de la MSP d'Avoine en Indre et Loire, en présence d'Agnès Buzyn (ministre des solidarités et de la santé de mai 2017 à février 2020), rapportés par le quotidien *Ouest France* (« Édouard Philippe veut des maisons de santé pluridisciplinaires dans toute la France », 11/02/2019, consulté en ligne le 08/11/2020, https://www.ouest-france.fr/sante/edouard-philippe-veut-des-maisons-de-sante-pluridisciplinaires-dans-toute-la-france-6219486) .

[4] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie.

[5] Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008.

[6] Les soins primaires (également dit de « *premiers recours* » en France) désignent les soins de première nécessité accessibles à tous les citoyens et recouvrent une large gamme de services de santé, de la promotion de la santé et la prévention, aux soins de suivi et de réadaptation, en passant par les soins curatifs. Les professionnels de soins primaires, au premier rang desquels les médecins généralistes, ont

gouvernements qui se sont succédé, ainsi qu'une frange de plus en plus large de professionnels de santé libéraux. Ces nouvelles organisations du système de santé, inspirées d'initiatives conduites localement par des professionnels[1], sont présentées dans plusieurs rapports publics (Berland, 2003 ; Berland et Gausseron, 2002 ; Bur, 2008 ; Juilhard, 2007) comme l'une des réponses – si ce n'est la principale – au problème d'accès aux soins médicaux dans certains territoires, désigné par l'expression dramatisante de « *déserts médicaux* » (Hassenteufel et al., 2020). Elles permettraient en effet non seulement d'attirer de jeunes médecins généralistes mais aussi de faciliter le transfert de tâches des médecins vers les autres professionnels de santé pour compenser le manque de médecins. Elles sont ainsi considérées par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie comme une solution susceptible d'« *améliorer l'efficacité productive de la médecine générale* » et d'« *élargir la gamme de services* » pour les patients (HCAAM, 2007).

Dans un secteur à dominante libérale, le gouvernement a fait le choix d'une politique incitative pour encourager et non contraindre les professionnels à se regrouper dans ces structures. À un premier niveau, une équipe pluriprofessionnelle peut obtenir la reconnaissance officielle en tant que MSP par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et prétendre à des aides publiques à l'investissement (notamment pour le bâtiment) de la part des collectivités territoriales, à condition qu'elle respecte un cahier des charges publié en 2010 par la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS)[2]. Celui-ci lui impose de regrouper *a minima* deux médecins généralistes et un professionnel paramédical et d'élaborer un projet de santé qui corresponde aux priorités de santé régionales identifiées par l'ARS. À un second niveau, la MSP peut contractualiser avec l'ARS et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour bénéficier de rémunérations qui dédommagent le temps passé par les professionnels aux

---

pour mission d'orienter les patients dans le système de santé et notamment vers les soins de seconds recours (ou de spécialités). Nous reviendrons en détails dans le chapitre 1 sur la définition conceptuelle et opérationnelle des soins primaires, introduits en France par loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST » (pour Hôpital, Patients, Santé et Territoires).

[1] Les préconisations des différents rapports préfigurant la LFSS de 2007 et la loi HPST de 2009 s'appuient entre autres sur les auditions de quelques médecins généralistes impliqués localement dans des projets de regroupements pluriprofessionnels qui préfigurent la définition légale des MSP.

[2] Circulaire DGOS/PF3/CdC MSP du 27 juillet 2010 relative au lancement du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural et au cahier des charges des maisons de santé pluriprofessionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier.

nouvelles activités administratives et de coordination qu'implique l'exercice pluriprofessionnel, ainsi qu'au développement d'actions de santé publique (notamment en matière de prévention et d'éducation thérapeutique). Ces rémunérations, appelées Nouveaux Modes de Rémunérations (NMR), sont directement versées par la CPAM à la MSP et viennent s'ajouter aux rémunérations individuelles et à l'acte des professionnels (payées quant à elles par les patients). L'obtention des NMR est conditionnée par la mise en place de certains outils et procédures qui touchent à la fois à l'organisation de l'offre de soins (horaires d'ouverture, accès continu aux soins médicaux sur ces horaires, accès à des consultations médicales sans rendez-vous) et à la coordination entre professionnels (à travers la mise en place de réunions de concertation pluriprofessionnelle sur des cas de patients, de protocoles pluriprofessionnels de soins, d'un système d'information partagé et d'une fonction de coordination au sein de la MSP). Les professionnels peuvent par ailleurs recevoir un niveau supérieur de NMR s'ils diversifient l'offre de soins proposée dans la structure, par l'intégration d'une plus grande diversité de professionnels de santé et par le développement d'activités de prévention et d'éducation thérapeutique. L'ensemble de ces critères fait l'objet d'un contrat signé entre les professionnels de la MSP collectivement, l'ARS et la CPAM, appelé Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI[1]). Ainsi, sans remettre en cause le statut libéral des professionnels de santé (l'État continuant à garantir le monopole d'exercice de chaque profession, le paiement à l'acte et directement par le patient, la liberté d'installation, ainsi que la liberté de prescription pour les médecins) et en demeurant optionnelle pour les professionnels qui sont libres de s'engager ou non dans ce mode d'exercice, cette nouvelle contractualisation avec l'administration sanitaire et l'Assurance Maladie s'accompagne de transformations potentiellement importantes des pratiques professionnelles, aussi bien dans leur organisation que dans leur contenu. Ce constat a suscité notre étonnement : comment expliquer que des professionnels libéraux acceptent de s'engager dans une nouvelle relation contractuelle avec les pouvoirs publics qui vient encadrer leur traditionnelle liberté d'exercice ?

[1] Avant de faire l'objet de l'ACI, signé au niveau national en 2017 par les autorités publiques et plusieurs syndicats professionnels, les rémunérations complémentaires étaient octroyées à certaines MSP de manière expérimentale (dans le cadre de l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunérations, ENMR), puis dans le cadre d'un Règlement Arbitral de 2015 à 2017. Voir l'encadré 4 du premier chapitre sur les nouveaux modes de rémunération dans le secteur libéral.

1) Questions de recherche, approche théorique et intérêt de l'objet d'étude

Derrière cet étonnement initial, plusieurs questions ont émergé lors de notre arrivée sur le terrain : Pourquoi les pouvoirs publics ont-ils fait des MSP l'une des principales solutions au problème d'accès aux soins dans les années 2000 et comment expliquer qu'une partie des professionnels libéraux aient eux-mêmes fait la promotion de ce nouveau mode d'exercice ? Quels sont les effets des outils et procédures de l'ACI (réunions de concertation, protocoles, système d'information, fonction de coordination…), inédits dans le secteur ambulatoire, sur les pratiques des professionnels de santé libéraux qui contractualisent avec les pouvoirs publics ? Modifient-ils leur manière de pratiquer les soins et le contenu de l'activité de soins ? Redéfinissent-ils les relations que les professionnels de santé entretiennent avec l'administration sanitaire et l'Assurance Maladie ? Redéfinissent-ils les relations des professionnels de santé entre eux au quotidien ? Ces interrogations renvoient finalement à deux questions théoriques qui traversent la sociologie des professions : d'une part, celle de l'autonomie professionnelle dans un contexte d'organisation ou de rationalisation des pratiques et, d'autre part, celle des relations de coopération ou de conflit qui sous-tendent la division du travail entre professionnels. Une approche par les instruments d'action publique, conjuguée à une entrée par l'organisation, nous semble être une méthode heuristique pertinente pour répondre à ces questions et comprendre le changement qui s'opère au sein des professions libérales dans ces organisations.

Une approche par les instruments d'action publique et leur mise en œuvre

Il y a près de 50 ans, dans son article fondateur de la sociologie des problèmes sociaux, « Social problems as collective behavior » (Blumer, 1971), Herbert Blumer appelait à ne pas arrêter l'analyse à l'étape de la définition ou du « *cadrage* » des problèmes (Benford et Snow, 2000 ; Gusfield, 1981 ; Snow et al., 1986) et de leur mise à l'agenda politique (Baumgartner et Jones, 1993 ; Cobb et Elder, 1972 ; Kingdon, 1984), mais également de considérer l'étape suivante d'élaboration de plans d'action pour répondre aux problèmes, ainsi que l'étape de mise en œuvre de ces plans d'action à travers laquelle ils peuvent eux-mêmes être modifiés ou remodelés. Comme le rappelle Patrick Hassenteufel (Hassenteufel, 2008a), cette focale sur la mise en œuvre sera au fondement de la sociologie politique de l'action publique, qui apparaît

dans les années 1980 en réaction aux *policy sciences* qui mettaient jusque-là l'accent sur la production des politiques publiques par le sommet de l'État et considéraient les instruments de gouvernement comme de simples outils à la disposition du décideur public[1]. Les travaux de synthèse sur les instruments de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (Lascoumes et Le Galès, 2005) et d'Anneliese Dodds (Dodds, 2012) notent une inflexion dans la littérature américaine, notamment avec Lester Salamon (Salamon, 1989, 2002) qui cherche à comprendre les raisons du recours à tel instrument plutôt qu'à tel autre, et ceux de Stephen Linder et B. Guy Peters (Linder et Peters, 1989) pour qui les instruments ne sont pas seulement des outils à la disposition des décideurs qui choisiraient les plus adaptés selon les circonstances, mais relèvent d'une construction. Réfutant eux aussi les approches fonctionnalistes des instruments et défendant une approche « *bottom up* » de l'action publique qui part de la mise en œuvre des instruments (Lascoumes et Le Galès, 2012), Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès proposent dans leur ouvrage de 2005 une nouvelle conception des instruments, depuis abondamment reprise dans les travaux sur l'action publique. Ils soutiennent que les instruments d'action publique, « *dispositifs à la fois techniques et sociaux qui organisent des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires* » (Lascoumes et Le Galès, 2005, p. 13), sont non seulement porteurs de valeurs et d'une problématisation spécifique des enjeux auxquels ils entendent répondre, mais qu'ils produisent au cours de leur usage des effets non attendus par le décideur public.

Cette conception des instruments nous paraît particulièrement opérante pour analyser les relations qui se jouent dans notre cas d'étude, entre le régulateur (ici, l'État sanitaire) et les régulés (ici, des professionnels de santé libéraux) et comprendre la transformation de l'action publique dans le secteur sanitaire. Les MSP présentent en effet toutes les caractéristiques d'un instrument d'action publique tel que défini par Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès : d'abord, ces nouvelles organisations de soins primaires sont porteuses d'une représentation spécifique du problème (Blumer, 1971 ; Gusfield, 1981 ; Spector et Kitsuse, 1973) des « *déserts*

[1] Patrick Hassenteufel rappelle toutefois que la sociologie de l'action publique n'est pas le seul courant à avoir pointé les limites des *policy sciences* : en effet, dès les années 1960, la sociologie des organisations, notamment autour de James March et Herbert Simon aux États-Unis (March et March, 1988 ; March et Simon, 1958 ; Simon, 1947) ou de Michel Crozier en France (Crozier, 1964), va remettre en question l'idée de rationalité de la décision ainsi que la capacité de l'État à solutionner les problèmes publics. Ces auteurs insistent eux aussi sur la multiplicité des acteurs intervenant dans la prise de décision et appelle à prendre en compte le système des relations de pouvoir entre les acteurs, aux côtés des structures institutionnelles et politiques.

médicaux » auquel elles entendent répondre, comme nous le verrons dans le premier chapitre[1] ; ensuite, elles ont pour objet d'organiser les rapports sociaux entre la puissance publique et ses destinataires, ici des professionnels de santé libéraux, ce qui constitue selon nous l'originalité de notre objet ; ensuite, cet instrument est opérationnalisé sur le terrain à travers différents outils ou techniques[2] qui organisent le travail des professionnels (réunions de concertation, protocoles de soins, système d'information, etc.) ; enfin, et c'est ici que réside l'apport principal du concept d'instrument d'action publique proposé par ces auteurs, nous allons voir que les MSP ont des effets inattendus du fait de l'appropriation par les professionnels de santé des différents outils et procédures supposés encadrer leurs pratiques. L'enjeu est ainsi selon nous de ne pas considérer les MSP comme un outil de gouvernement figé qui serait à la disposition du décideur public, mais au contraire de mettre au jour sa « *force d'action propre* », qui se déploie « *au fur et à mesure de* [son] *usage* » sur le terrain (Lascoumes et Le Galès, 2005, p. 31) et qui n'a pas nécessairement été anticipée par le décideur public. Il s'agit finalement de comprendre ce que l'instrument MSP fait aux pratiques des professionnels libéraux de soins primaires et, réciproquement, ce que les pratiques professionnelles font à l'instrument lui-même, autrement dit, de comprendre comment l'instrument MSP est remodelé ou refaçonné au cours de sa mise en œuvre par les professionnels. Nous verrons plus précisément que les mécanismes incitatifs (à savoir le « *label*[3] » MSP et les NMR) et contractuels (l'ACI), sur lesquels reposent les MSP, participent d'un choix implicite du décideur public de voir la forme de l'instrument MSP ainsi que ses effets dépendre de sa mise en œuvre par les professionnels qui en sont la cible.

[1] Dans le premier chapitre, dans lequel nous présentons le contexte d'émergence du problème des « *déserts médicaux* » et l'affirmation des MSP comme solution à ce problème, nous proposons une revue de littérature plus fournie sur le cadrage et la mise à l'agenda des problèmes sociaux. Ce premier chapitre et les éléments théoriques qui y sont présentés ont pour vocation d'expliquer le contexte politique et institutionnel de notre objet d'étude et ne sont donc pas centraux dans l'analyse théorique que nous proposons dans l'introduction générale.

[2] Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès distinguent l'instrument lui-même des techniques ou outils qui le matérialisent ou l'opérationnalisent sur le terrain (graphiques, nomenclatures, textes législatifs ou règlementaires, etc.).

[3] Bien que les autorités sanitaires n'emploient pas le terme de « *label* », nous faisons le choix de l'utiliser car il traduit bien selon nous le mode de gouvernement incitatif choisi par la puissance publique, qui consiste à inciter et récompenser un changement de comportement de la part des professionnels libéraux (nous reviendrons sur ce point dans le chapitre 1). Ce mode de gouvernement, « *par les labels* », est notamment analysé par Henri Bergeron, Patrick Castel et Sophie Dubuisson-Quellier (Bergeron, Castel et Dubuisson-Quellier, 2014). De plus, les personnes rencontrées au cours de l'enquête font elles-mêmes l'usage du terme « *label* », comme nous le constaterons dans plusieurs extraits d'entretiens.

Une entrée par l'organisation et les pratiques professionnelles

Si l'approche par la sociologie des instruments est opérante pour comprendre les relations qui se tissent entre l'État sanitaire et les professionnels de santé libéraux des MSP, elle n'est selon nous pas suffisante pour comprendre la déclinaison locale de l'instrument MSP, ainsi que ses effets sur les relations entre professionnels de santé à l'échelle des organisations. L'un des principaux apports de notre étude est ainsi, selon nous, de considérer les questions de l'autonomie professionnelle et des relations interprofessionnelles, centrales en sociologie des professions, non pas au niveau macrosociologique mais au niveau des organisations dans lesquelles s'ancrent les pratiques. Plusieurs travaux récents, de Philippe Bezes et Didier Demazière (Bezes et al., 2011), Julia Evetts (Evetts, 2011a, 2011b), Henri Bergeron et Patrick Castel (Bergeron et Castel, 2014 ; Castel, 2020) ainsi qu'Andrew Abbott (Abbott, 2016), nous y invitent d'ailleurs. Comme le remarque en effet Andrew Abbott dans la postface de l'ouvrage collectif dédié à son œuvre (Jouvenet, Demazière et Abbott, 2016), le travail professionnel qu'il analysait dans les années 1980 (Abbott, 1988) n'existe plus, dans la mesure où les professionnels n'exercent plus de manière isolée mais au sein d'organisations.

Pour comprendre le poids de l'organisation sur les pratiques professionnelles, nous choisissons de nous appuyer sur le cadre théorique et méthodologique proposé par Michel Crozier et Erhard Friedberg (Crozier, 1964 ; Crozier et Friedberg, 1977 ; Friedberg, 1997), qui s'attachent précisément à comprendre en quoi les structures des relations stabilisées localement entre les acteurs d'une organisation (et avec leur environnement) participent à définir leurs comportements. Cette approche, qui insiste sur l'importance de l'« *ordre local* » (Friedberg, 1992, 1997) ou « *mésologique* » (Bergeron et Castel, 2015 ; Castel, 2020) – soit le contexte local où se joue l'action collective et organisée –, ne nie pas pour autant les structures institutionnelles. Dans ce travail, nous nous attacherons en effet précisément à comprendre comment les croyances des acteurs que nous observons ainsi que les règles formelles de l'exercice en MSP, définies en dehors des organisations et s'inscrivant dans des logiques institutionnelles et professionnelles qui traversent le système de santé, trouvent des prolongements concrets dans les pratiques individuelles et collectives en MSP. Ce faisant, nous espérons parvenir à considérer conjointement les dimensions institutionnelles, organisationnelles et individuelles de l'action collective, suivant la recommandation

notamment formulée par Henri Bergeron et Patrick Castel (Bergeron, 2018 ; Bergeron et Castel, 2014 ; Castel, 2020).

Pourquoi étudier les MSP ?

Les travaux s'intéressant aux réformes des systèmes de santé portent en majorité sur le secteur hospitalier, comme en atteste la revue de littérature que nous proposons plus loin dans cette introduction. Cette tendance est particulièrement marqué en France, où la recherche sur les soins primaires est encore peu développée, comme le regrettaient notamment les initiateurs de l'association SPPIR (Soins Primaires Pluriprofessionnels Innovation Recherche), qui se donne précisément pour mission de « *développer la recherche dans le domaine des soins primaires* » (SPPIR, 2019). Nous nous en étonnions nous-même, en ouverture d'un séminaire interdisciplinaire sur la réforme des soins primaires que nous avons organisé avec la Chaire Santé de Sciences Po et le Laboratoire Interdisciplinaire d'Évaluation des Politiques Publiques en 2018 (Bergeron et Moyal, 2019)[1] : la littérature académique française contribuerait-elle à reproduire l'hospitalo-centrisme du système de santé français si souvent critiqué ? Ou accepterait-elle trop rapidement le postulat que les professionnels de santé libéraux, par définition pas (ou peu) encadrés par l'État, seraient épargnés par le mouvement général de rationalisation du système de santé ? Il nous semble, au contraire, que l'étude des MSP et de leurs effets sur les pratiques des professionnels de santé qui y exercent est porteuse d'enseignements sur la trajectoire de réforme de l'État sanitaire français, et ce à deux égards.

D'une part, le choix de faire reposer le processus d'organisation des soins primaires sur des professionnels libéraux a des implications particulières quant à la méthode de réforme et à l'évolution des relations entre État et professions de santé. L'attachement au statut libéral des professionnels de santé de ville et plus précisément aux principes de la charte de la médecine libérale de 1927 (voir chapitre 1), explique selon nous que la puissance publique ait opté pour un instrument de type incitatif (avec l'obtention d'un « *label* » MSP et de rémunérations

---

[1] Pendant l'année 2018, Henri Bergeron, Isabelle Gourio et moi-même avons coordonné un séminaire sur la réforme des soins primaires en France, rassemblant sur plusieurs séances des chercheurs (en santé publique, sociologie, économie et science politique), des professionnels de santé et des acteurs institutionnels, et à l'issue duquel nous avons publié une synthèse collective (Bergeron et Moyal, 2019). Ce séminaire organisé par la Chaire Santé de Sciences Po a été réalisé en partenariat avec la Fédération des Maisons et des Pôles de Santé Pluriprofessionnels (la FFMPS, que nous présentons en détail dans le chapitre 1) et le Laboratoire Interdisciplinaire d'Évaluation des Politiques Publiques (LIEPP).

complémentaires, les NMR) et contractuel (avec la signature de l'ACI). Ce choix est d'ailleurs symptomatique d'une tendance bien identifiée par Patrick Hassenteufel, William Genieys et Marc Smyrl (Hassenteufel, 2008a ; Hassenteufel, Genieys et Smyrl, 2008) d'un contrôle indirect des acteurs non-étatiques par un État sanitaire régulateur qui « *fait faire plus qu'il ne fait lui-même* » (Hassenteufel, 2008a, p. 16). Cet instrument qui participe d'une rationalisation « *en douceur* » du secteur ambulatoire (pour reprendre l'image d'Hugo Bertillot dans le secteur hospitalier (Bertillot, 2016)) marque toutefois un tournant selon nous, dans la mesure où la contractualisation touche à des dimensions de l'exercice libéral jusqu'alors épargnées par les tentatives de régulation (l'accès aux soins, la coordination entre professionnels et le type de soins proposés) et que les NMR (indissociables de cette contractualisation) introduisent un mode de rémunération collectif et forfaitaire en rupture avec le paiement individuel et à l'acte.

D'autre part, ce processus de rationalisation du secteur ambulatoire en France nous amène à rediscuter les typologies classiques des systèmes de santé. La France est en effet souvent classée parmi les systèmes de santé assurantiels et corporatistes (également qualifiés de bismarckiens (Esping-Andersen, 1990)), dans la mesure où elle est caractérisée par une offre de soins ambulatoire en grande partie privée, un contrôle de l'État limité, un financement par les contributions sociales et une régulation par les caisses d'assurance-maladie directement en lien avec la profession médicale, ainsi que par un attachement au principe de liberté à la fois pour les professionnels libéraux et les patients qui sont libres dans le choix des professionnels (contrairement aux systèmes nationaux de santé, où l'offre de soins – hospitaliers et ambulatoires – est essentiellement publique, c'est à dire régulée par l'État et principalement financée par l'impôt) (OECD, 1987 ; Palier, 2004 ; Wendt, 2009)[1]. Parmi les systèmes assurantiels, la France se distingue toutefois par un contrôle de l'État particulièrement marqué dans le secteur hospitalier, ainsi qu'un processus récent de réorganisation des soins primaires dans le secteur ambulatoire et d'encadrement croissant de la médecine libérale (Hassenteufel, 2015, 2019 ; Hassenteufel et Palier, 2007), ce qui amène Patrick Hassenteufel et Bruno Palier à la qualifier de système de santé « *néo-bismarckien* » ou de « *nouvel État sanitaire régulateur* » (Hassenteufel et Palier, 2007). Olivier Nay, Sophie Béjéan, Daniel Benamouzig,

[1] Nous renvoyons à l'encadré 3 du premier chapitre dans lequel nous présentons les caractéristiques différenciant les systèmes nationaux de santé (dont la Grande-Bretagne est l'archétype), les systèmes assurantiels et corporatistes (dont l'Allemagne est le premier exemple et parmi lesquels la France est classée) et enfin les systèmes libéraux (dont les États-Unis sont le principal représentant).

Henri Bergeron, Patrick Castel et Bruno Ventelou identifient par ailleurs la gouvernance « *dyarchique* » du système de santé français (avec, d'un côté, l'État qui régule les soins hospitaliers et, de l'autre côté, l'Assurance Maladie qui gère la médecine ambulatoire), comme une particularité qui ne permet pas de classer la France parmi les systèmes assurantiels bismarckiens, malgré une convergence avec ce modèle (Nay et al., 2016). La politique d'organisation des soins primaires initiée dans les années 2000, et plus spécifiquement le développement de l'exercice regroupé en MSP, est selon nous un nouvel exemple de cette singularité française : si les systèmes de santé assurantiels sont plusieurs à avoir introduit des mécanismes de régulation de l'accès aux soins (dits de *gatekeeping*) (Dourgnon et Naiditch, 2009 ; Reibling et Wendt, 2012), ils n'ont cependant pas développé de politiques comparables en matière d'organisation des soins primaires. Ainsi en Allemagne, considéré comme l'archétype du système de santé assurantiel, l'exercice regroupé en soins primaires est moins développé qu'en France, et si des centres de soins médicaux rassemblent des médecins salariés avec d'autres professions (les *Medizinische Versorgungszentren*, MVZ), ils ne sont pas orientés vers les soins primaires et proposent essentiellement des soins spécialisés (Hassenteufel et al., 2020 ; Schweyer, 2019a). Notons toutefois le développement de ce type d'exercice au Canada, particulièrement en Ontario, en Alberta et au Québec (Bourgueil, Marek et Mousquès, 2009a ; Hutchison et al., 2011). L'exercice regroupé en soins primaire est en revanche plus central dans les systèmes nationaux de santé comme en Grande-Bretagne (au sein des *Primary Care Trusts* qui reposent sur un partenariat entre médecins et infirmiers), en Suède ou en Finlande (Bourgueil, Marek et Mousquès, 2009a).

Les MSP apparaissent ainsi selon nous comme un marqueur des transformations plus profondes à l'œuvre dans le système de santé français. Elles permettent plus spécifiquement de saisir la tension, selon nous centrale dans les réformes récentes du système de santé français, entre une logique libérale, qui repose sur la liberté de choix des patients et la liberté d'organisation des professionnels de santé, et une logique régulatrice où l'État cherche à organiser un secteur jusqu'alors laissé aux mains de la profession médicale.

2) Revue de littérature : Comprendre les effets d'un instrument de rationalisation sur les pratiques professionnelles

Le cadre théorique mobilisé dans ce travail de thèse doit nous permettre de comprendre les effets de l'instrument MSP, qui participe d'un mouvement de rationalisation des pratiques professionnelles dans le secteur de la santé. Dans la revue de littérature que nous proposons ci-dessous, nous présentons d'abord les travaux qui se sont intéressés à la diffusion des idées néo-managériales dans les bureaucraties modernes et notamment dans le secteur de la santé. Les deux sous-parties suivantes sont organisées en suivant les deux axes qui structureront l'argument de cette thèse, considérant d'abord les effets de la rationalisation sur l'autonomie professionnelle et, ensuite, les effets sur la division du travail autrement dit sur les territoires professionnels.

New Public Management et rationalisation du système de santé

Les théoriciens de l'administration publique analysent les transformations des bureaucraties occidentales depuis la fin des années 1970 comme le résultat de la diffusion d'une nouvelle doctrine administrative inspirée de théories économiques et de savoirs managériaux, promus par des organismes internationaux comme l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique) et notamment expérimentés dans les pays anglo-saxons (Bezes, 2005 ; Hood, 1991 ; Pollitt, 1990)[1]. Désigné *New Public Management* (NPM), ce « *puzzle doctrinal* » (Bezes, 2005)[2] repose sur plusieurs principes, rappelés par Philippe Bezes et Didier Demazière dans l'introduction d'un dossier collectif publié par la revue *Sociologie du travail*

---

[1] Plusieurs travaux (Bezes, 2012 ; Gay, 2014 ; Pierru, 2010) ont retracé l'émergence et le développement du NPM en France, à partir de la fin des années 1970 et surtout dans les années 1980, dont les principaux promoteurs se retrouvent alors parmi des universitaires (des chercheurs en gestion notamment au sein de l'École des Mines et de l'École Polytechnique) et des consultants. À partir des années 1990, les hauts-fonctionnaires (qui ont développé des relations avec des consultants ou ont eu eux-mêmes des expériences dans le secteur privé), importent et traduisent progressivement ces idées néo-managériales au sein de l'administration publique. Les années 2000 seront celles d'un renforcement des relations entre la haute administration et le secteur du conseil et d'une circulation importante des savoirs et des outils néo-managériaux, notamment au moment de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) portée par Nicolas Sarkozy en 2008, qui a associé des consultants aux inspecteurs généraux pour réaliser l'audit des différents services de l'État.

[2] Philippe Bezes emprunte ce terme notamment à Christopher Pollitt, Christopher Hood et François-Xavier Merrien (Hood, 1991 ; Merrien, 1999 ; Pollitt, 1990).

qui s'intéresse aux effet du NPM sur les professions au sein de l'État (Bezes et Demazière, 2011)[1] : la distinction entre d'une part les activités stratégiques, de pilotage et de contrôle et, d'autre part, les activités opérationnelles et de mise en œuvre des politiques ; la création de nouveaux organes administratifs de contrôle, autonomes et décentralisés (qui prennent notamment la forme d'agences) ; le renforcement des responsabilités des acteurs de la mise en œuvre des politiques, liés aux administrations centrales par des contrats ; le recours à des mécanismes de marché (concurrence entre les acteurs, publics et privés, marchandisation, valorisation et externalisation de certains services, individualisation des incitations...) ; et, enfin, une gestion des politiques publiques par les résultats, qui repose sur la mesure et l'évaluation de la performance des acteurs de la mise en œuvre à l'aune d'objectifs préalablement définis ainsi que sur la contractualisation avec ces acteurs. Pour Philippe Bezes et Christine Musselin, le NPM ne se résume ainsi pas à un mouvement de marchandisation mais consiste également en un processus de rationalisation de l'action publique (Bezes et Musselin, 2015). Par rationalisation, ces auteurs désignent le processus de diffusion de savoirs, règles et outils standardisés (formulation d'objectifs, mesures et évaluations, *reporting*, *benchmarking*, contractualisation...) mis aux services de deux nouveaux « *mythes* » rationnels[2], que sont l'efficacité de l'action publique et la spécialisation des acteurs au sein de l'État permettant de rationaliser la division du travail (les agences étant notamment un modèle de spécialisation des organisations administratives).

Le secteur de la santé n'échappe pas à cette double entreprise de marchandisation et de rationalisation de l'activité. Le NPM se décline dans un premier temps à l'hôpital, dès les années 1980, avec la mise en place du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) et la dotation globale de financement des établissements qui remplace le financement au prix de journée (Pierru, 2011, 2012a). Ces dispositifs inspirés des logiques de

[1] Ce dossier-débat rassemble plusieurs contributions de Philippe Bezes, Didier Demazière, Thomas Le Bianic, Catherine Paradeise, Romuald Normand, Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru et Julia Evetts, analysant les effets du NPM sur différents groupes professionnels au sein de l'État, dans les secteurs de la santé, de l'éducation, de la justice et de l'administration (Benamouzig et Pierru, 2011 ; Evetts, 2011 ; Le Bianic, 2011 ; Normand, 2011 ; Paradeise, 2011) .

[2] Philippe Bezes et Christine Musselin empruntent ce terme à la sociologie néo-institutionnaliste et notamment aux travaux de John W. Meyer et Brian Rowan (Meyer et Rowan, 1977) qui ont également analysé le processus de rationalisation des bureaucraties contemporaines. Pour ces auteurs, les règles bureaucratiques ou managériales sont considérées comme légitimes non parce qu'elles ont apporté la preuve de leur efficacité, mais parce qu'elles sont acceptées localement par les acteurs qui les considères dès lors comme rationnelles.

marché, dont le développement est alors laborieux (Pierru, 2012a), serviront de base à la réforme de la tarification à l'activité (T2A) qui interviendra plus tard, au début des années 2000 (voir notamment les travaux de Pierre-André Juven sur la tarification hospitalière (Juven, 2014, 2018)). Les procédures d'accréditation des hôpitaux (Robelet, 2001), le développement des indicateurs qualité (Bertillot, 2014, 2016), ainsi que la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) (Benamouzig et Pierru, 2012), participent parallèlement d'un processus de rationalisation de l'hôpital. Ce n'est que dans un second temps que les idées néo-managériales se développent dans le secteur ambulatoire. Si les réseaux de santé (légalement encadrés en 1996 avec le Plan dit Juppé[1]) représentent une première tentative d'organisation des prises en charge de « *ville* », ciblée sur certaines pathologies, (Bercot et Coninck (de), 2006 ; Robelet, Serré et Bourgueil, 2005 ; Schweyer, 2005, 2010), ce n'est qu'en 2009 avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) que l'État ne s'attèle véritablement à l'organisation des soins ambulatoires : les ARH sont alors remplacées par les nouvelles Agences Régionales de Santé (ARS) qui élargissent leurs missions de planification au secteur ambulatoire et au secteur médico-social et parachèvent un mouvement de régionalisation du système de santé entamé dans les années 1990. Plusieurs analystes du système de santé considèrent cependant que cette apparente décentralisation du système de santé français masque en réalité un renforcement de la présence de l'État au niveau régional, par la création d'agences dont les compétences se limitent à mettre en œuvre la politique nationale en l'adaptant au niveau local, dans une logique de déconcentration (Benamouzig et Pierru, 2009 ; Bras, 2009 ; Pierru, 2010 ; Tabuteau, 2013). Patrick Hassenteufel, William Genieys et Marc Smyrl (Hassenteufel, Genieys et Smyrl, 2008) soutiennent ainsi que, dans le secteur de la santé, la nouvelle idéologie néo-libérale, bien que s'appuyant sur des mécanismes de privatisation, de marchandisation et de managérialisation, conduit paradoxalement à un renforcement de l'« *État sanitaire régulateur* », du fait du développement de nouveaux outils permettant le contrôle – indirect – des acteurs non-étatiques et notamment des professionnels de santé, qui avaient jusqu'alors joué un rôle prépondérant dans l'organisation du système de santé. Dans le même sens, Philippe Bezes et Didier

[1] Le plan annoncé le 15 novembre 1995 par le premier ministre Alain Juppé sur les retraites et la sécurité sociale, dit Plan Juppé, donnera lieu à cinq ordonnances, dont une portant sur la coordination des médecins libéraux dans des réseaux de santé (ordonnance n°96-345, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins).

Demazière montrent que le NMP est susceptible de limiter l'autonomie des professionnels du secteur public, notamment dans le secteur de la santé, en introduisant dans leurs pratiques quotidiennes des outils de rationalisation et de redevabilité (ou *accountability*[1]) vis-à-vis des pouvoirs publics (Bezes et al., 2011). Mais ces auteurs appellent précisément à dépasser le constat d'une simple opposition entre réformes néo-managériales et professions, la question étant plutôt de savoir comment s'articulent rationalisation et professionnalisme en pratique.

Nous proposons dans ce qui suit une revue des travaux qui se sont plus spécifiquement intéressés au processus de rationalisation dans le secteur de la santé. Cette analyse de la littérature permet de faire émerger les deux grandes questions au centre de cette thèse, celle de l'autonomie professionnelle et celle de la division du travail.

Rationalisation et autonomie professionnelle : un professionnalisme recomposé

La notion de rationalisation a été mobilisée dans de nombreux travaux s'intéressant aux professionnels de santé (précisons toutefois que la majorité des travaux concerne le secteur hospitalier et la profession médicale, et que le secteur ambulatoire est beaucoup moins documenté). Le processus de rationalisation est souvent caractérisé par le niveau de contrôle (de la puissance publique) ou de résistance (des professionnels) et nous identifions deux lectures souvent opposées dans la littérature française et internationale.

Une première série de travaux considère la rationalisation des systèmes de santé, notamment caractérisée par l'introduction de règles et de procédures (qualifiées de bureaucratiques ou néo-managériales selon les travaux) au service d'un nouvel impératif d'efficacité, comme une menace pour l'autonomie professionnelle. Dans son ouvrage de référence *La profession médicale*, Eliot Freidson soutenait que les médecins étaient parvenus à résister aux tentatives de contrôle extérieur visant à rationaliser leurs pratiques grâce à leur capacité à négocier les lois avec la puissance publique et les financeurs du système de santé, à contrôler les établissements de production des savoirs et de formation des médecins ainsi que

[1] Plusieurs travaux anglo-saxons qui se sont intéressés aux tentatives de rationalisation des systèmes de santé ont notamment montré qu'elles passaient par l'introduction d'outils au service de la transparence et de l'*accountability*, soit l'obligation pour les professionnels de rendre des comptes sur leurs pratiques à la puissance publique ((Dent, 2003 ; Freidson, 1975 ; Pickard, 2009 ; Salter, 2007)).

des autres métiers de la santé (Freidson, 1970a). Ce faisant, non seulement les médecins ont pu produire eux-mêmes les règles encadrant leur travail et ainsi résister à une immixtion dans leurs pratiques (Freidson, 1970b, 1993, 1994), mais ils ont également réussi à asseoir une « *dominance* » sur les autres métiers de la santé (Freidson, 1970b). Eliot Freidson, mais aussi Geoffrey Bowker et Susan Leigh Star après lui (Bowker et Star, 1999), soutiennent finalement que les managers ou les bureaucrates du secteur de la santé ont une capacité de contrainte limitée sur les médecins, car même si les premiers contrôlent l'allocation des ressources (notamment financières), les seconds ont depuis toujours un pouvoir discrétionnaire dans la manière de réaliser et de distribuer les soins à la population. Plusieurs auteurs viendront toutefois très tôt remettre en cause cette idée ancrée de dominance médicale et pointer un risque de « *déprofessionnalisation* » de la médecine, du fait d'un contrôle accru sur les pratiques (Broadbent et Laughlin, 2002 ; Clarke et Newman, 1997 ; Haug, 1972, 1988 ; Light, 2001 ; Ritzer et Walczak, 1988 ; Scott, 2000 ; Starr, 1982). Parmi eux, Marie Haug soutenait déjà que les nouvelles technologies informatiques, la nouvelle division du travail avec les autres acteurs de soins ainsi que l'éducation croissante des patients, menaçaient le monopole des médecins sur le savoir médical et, partant, leur autonomie. Les outils informatiques permettraient notamment la surveillance des pratiques et des prises de décision des médecins, non seulement par les gestionnaires de la santé (Stoeckle, 1988) mais aussi par les pairs (Haug, 1972). Les protocoles de soins ou guides cliniques sont un autre objet d'étude privilégié des théoriciens des professions et certains considèrent leur généralisation depuis les années 1980 comme un moyen pour les managers et les bureaucrates de contrôler les pratiques des médecins (Hafferty et Light, 1995). Au-delà du contrôle externe des pratiques, certains soutiennent que l'identité-même des médecins serait susceptible d'être modifiée : pour Georg Ritzer et David Walczak notamment, le mouvement de rationalisation de la médecine aux États-Unis transformerait les médecins en bureaucrates eux-mêmes, dans la mesure où leur activité répondrait de plus en plus à des règles impersonnelles définies en dehors de la profession (Ritzer et Walczak, 1988). En France, beaucoup de travaux ont également mis en lumière le risque de perte d'autonomie des médecins à l'hôpital, du fait d'une immixtion de la puissance publique ou de l'administration hospitalière dans leurs pratiques (Belorgey, 2010 ; Moisdon, 2000 ; Pierru, 1999, 2012a ; Robelet, 2002). Pour plusieurs auteurs, l'introduction de logiques de marché à l'hôpital aboutit paradoxalement à un renforcement du contrôle de l'État et des directions hospitalières sur le système de santé et ses professionnels, et finalement à une articulation pouvant sembler

contrintuitive entre des logiques capitalistes et bureaucratiques (Belorgey, 2010 ; Benamouzig, 2005 ; Benamouzig et Pierru, 2011 ; Juven, Pierru et Vincent, 2019 ; Pierru, 2007a).

La littérature spécifique sur la rationalisation des soins extrahospitaliers est moins fournie et s'est essentiellement développée au Royaume-Uni. Cela s'explique certainement par la tradition régulatrice plus ancienne de ce système national de santé, avec l'intervention dès les années 1940 du *National Health Service* (NHS) dans l'organisation et le financement des soins primaires. Ainsi, Nancy North et Stephen Peckham (North et Peckham, 2001) ont-ils montré en Angleterre comment le NHS exerçait un contrôle accru sur les *general practitioners* (GPs) contractuellement tenus de mettre en œuvre de nouvelles procédures bureaucratiques et de rendre des comptes sur leur activité quotidienne à l'administration sanitaire. Au contraire, les médecins américains du secteur ambulatoire (et, dans une moindre mesure, les médecins des systèmes assurantiels) sont moins sujets au contrôle extérieur de leurs pratiques et de leur performance dans la mesure où ils continuent de s'autoréguler, souvent par l'intermédiaire d'organisations professionnelles (Lanier et al., 2003). En France, François-Xavier Schweyer (Schweyer, 2005, 2010) ainsi que Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil (Robelet, Serré et Bourgueil, 2005) ont toutefois mis en évidence une nouvelle logique gestionnaire dans le monde libéral avec le développement des réseaux de santé dans les années 1990. Celle-ci se développe à travers des bonnes pratiques, des prescriptions et des règles visant à réguler l'activité et l'organisation des professionnels dans ces organisations. Bien que les études citées à l'instant aboutissent à des constats similaires sur la tentative de régulation qui pèse sur les médecins généralistes, anglais et français, rappelons qu'il s'agit de professionnels libéraux en France, contrairement aux GPs anglais. C'est d'ailleurs l'originalité de notre cas d'espèce et nous y reviendrons tout au long de cette thèse.

Une seconde série de travaux, relativement plus récents, appelle au contraire à ne pas considérer les professionnels comme des « *victimes passives* » (Wadmann, Holm-Petersen et Levay, 2018) des procédures bureaucratiques ou néo-managériales et à nuancer la menace que la rationalisation fait peser sur leur autonomie. Plusieurs ont en effet mis en évidence la capacité de résistance des professionnels (et notamment des médecins) à l'introduction de nouveaux principes et outils néo-managériaux (Darr et al., 2003 ; McDonald et al., 2005 ; Schlesinger, Gray et Perreira, 1997 ; Waring et Currie, 2009) et montré qu'ils pouvaient s'opposer à la mise en œuvre de certains d'entre eux, notamment des protocoles et guides de pratiques (McDonald

et al., 2005 ; Waring et Currie, 2009). En France, les auteurs qui ont mis en évidence la « *domination gestionnaire* » à l'hôpital (Juven, Pierru et Vincent, 2019) évoquent également les stratégies de résistance ou d'évitement des professionnels de santé pour maintenir leur autonomie (Benamouzig et Pierru, 2011 ; Juven, 2018). Les travaux de synthèse de Charlotta Levay et Caroline Waks (Levay et Waks, 2009), Justin Waring et Graeme Currie (Waring et Currie, 2009) ainsi que de Dino Numerato, Domenico Salvatore et Giovanni Fattore (Numerato, Salvatore et Fattore, 2012) sont particulièrement éclairants car ils identifient une variété de réponses des professionnels face aux procédures bureaucratiques ou néo-managériales, qui ne se résument pas selon eux à des situations de simple conformité ou d'opposition des professionnels, situations qui sont d'ailleurs relativement rares. Ces travaux identifient plusieurs configurations intermédiaires : le concept de « *découplage* » (Levay et Waks, 2009) et celui, proche, d'« *adaptation stratégique* » (Numerato, Salvatore et Fattore, 2012), désignent les stratégies par lesquelles les médecins adhèrent formellement ou en façade aux principes et outils de management tout en préservant leurs pratiques ainsi que leur identité professionnelle ; la « *co-optation* » de la culture managériale (Numerato, Salvatore et Fattore, 2012) advient lorsque les médecins voient dans ces outils une utilité pour protéger leurs pratiques d'une intervention extérieure ou leur juridiction professionnelle (Charlotta Levay et Caroline Waks parlent de « *découplage inverse* » (Levay et Waks, 2009)) ; et enfin la « *négociation* » (Numerato, Salvatore et Fattore, 2012) désigne les cas où les médecins jouent le rôle d'interface entre les professionnels et les gestionnaires et parviennent ainsi à négocier entre les principes au fondement des deux cultures, professionnelle et managériale (rappelant le concept de « *soft autonomy* » de Charlotta Levay et Caroline Waks qui renvoie à la participation des médecins à la définition des critères d'évaluation à l'aune desquels sont jugées les pratiques de leur profession (Levay et Waks, 2009)). Venant compléter cette grille de lecture, d'autres auteurs montrent que les médecins peuvent réinterpréter les règles et procédures néo-managériales dans un sens qui leur convient et que cette réinterprétation est notamment possible du fait de leur imprécision (Castel et Merle, 2002). Pour Stefan Timmermans et Marc Berg (Timmermans et Berg, 1997), le « *bricolage* » (« *tinkering* ») avec les protocoles ou guides de bonnes pratiques est d'ailleurs une condition *sine qua non* de l'adhésion des médecins à ceux-ci. Enfin, plusieurs travaux montrent que les professionnels peuvent créer eux-mêmes de nouvelles procédures qui vont contribuer à modifier leurs pratiques et celles de leurs pairs. Leurs motivations sont diverses. Il peut s'agir de se prémunir en amont d'une immixtion des autorités de tutelles,

comme l'avait déjà souligné Eliot Freidson (Castel et Merle, 2002 ; Freidson, 1993, 1994 ; Waring et Currie, 2009). C'est ce que constatent également Patrick Castel et Ivanne Merle (Castel et Merle, 2002) : le respect des normes de bonnes pratiques par les médecins serait un moyen de se prémunir d'une remise en question de la qualité de leur travail par le régulateur ou par les patients eux-mêmes. Mais leur étude ne se limite pas à ce constat et permet d'identifier d'autres motivations pouvant expliquer la création par les médecins eux-mêmes d'outils de rationalisation : d'abord, participer à l'élaboration des guides de bonnes pratiques serait un moyen de se former mais aussi d'être acteurs de l'avancement des connaissances ; ensuite, une fois élaborés, ces guides constitueraient une aide pour la prise de décision, dans la mesure où ils constituent une synthèse des connaissances scientifiques dans un domaine où celles-ci sont en évolution constante ; enfin, ils seraient un moyen d'améliorer la qualité de la prise en charge pour les patients. George Weisz et ses co-auteurs (Weisz et al., 2007) ont montré dans le même sens que les guides de pratiques permettaient d'introduire de la cohérence dans des connaissances et des pratiques hétéroclites et nombreuses et rendaient ainsi possible l'action collective entre une diversité de professionnels[1]. Considérer ces situations d'entre-deux, dans lesquelles les médecins ne résistent pas aux nouvelles règles et procédures bureaucratiques ou néo-managériales sans pour autant internaliser la culture néo-managériale, permet finalement de dépasser l'opposition entre profession et rationalisation.

Quelques études sur les soins ambulatoires en Angleterre et en France (bien que peu nombreuses, encore une fois) ont également mis en lumière les marges de manœuvre des médecins face aux outils néo-managériaux, non seulement pour en limiter la capacité de contrainte, mais aussi pour se les approprier dans un sens qui leur convient (Checkland, 2004 ; Robelet, Serré et Bourgueil, 2005 ; Schweyer, 2010 ; Sheaff, Smith et Dickson, 2002). Ces travaux ont été une source d'inspiration importante pour l'analyse de notre cas d'espèce, car au-delà du processus d'appropriation lui-même, ils mettent en lumière les implications de cette appropriation sur les relations que les professionnels de santé entretiennent avec les autorités

[1] Ces travaux font écho, sans pour autant revendiquer une quelconque filiation, à la théorie d'« *enabling bureaucracy* » de Paul S. Adler et Bryan Borys (Adler et Borys, 1996). Dans un article fondateur, intitulé « Two Types of Bureaucracy: Enabling and Coercive », ces auteurs soutiennent que l'introduction de procédures bureaucratiques n'est pas toujours synonyme de contrainte et de limitation de l'autonomie pour ceux qui en sont la cible, mais peut au contraire représenter une ressources pour faire face aux difficultés et aux imprévus quotidiens, dans la mesure où les procédures permettent de stabiliser des bonnes pratiques et de tirer des enseignements des expériences passées.

publiques. En Angleterre, Kath Checkland (Checkland, 2004) a montré que l'autonomie dont jouissent les médecins au cours de leurs interactions avec les patients leur permet de procéder à des arrangements quotidiens avec les procédures et de prendre des décisions discrétionnaires qui ont, *in fine*, un impact sur la substance même de la politique publique qu'ils mettent en œuvre. L'auteur compare finalement les GPs à des « *street-level bureaucrats* » au sens de Michael Lipsky (Lipsky, 1980). Dans le même sens, Rod Sheaff, Keri Smith et Marny Dickson (Sheaff, Smith et Dickson, 2002) identifient une « *coalition dominante* » parmi les GPs, qui profite du processus de rationalisation pour influencer l'organisation des soins primaires. En France, plusieurs travaux ont également mis en lumière les marges de manœuvre des professionnels libéraux face aux tentatives de rationalisation du secteur ambulatoire. Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil évoquent notamment les « *aménagements* » possibles des médecins des réseaux de santé avec les « *logiques gestionnaires* » des autorités sanitaires (Robelet, Serré et Bourgueil, 2005). Les travaux de François-Xavier Schweyer viennent compléter ce constat en considérant les effets de ces aménagements sur les relations entre médecins et autorités sanitaires : non seulement l'auteur constate la « *marge de liberté* » des médecins des réseaux face aux nouvelles « *règles du jeu formalisées à l'extérieure de la profession médicale* » (Schweyer, 2010, p. 295-296), mais il montre surtout que les autorités publiques acceptent les libertés prises par ces professionnels car elles ont besoin de leur adhésion pour faire vivre les réseaux. Il en résulte, selon l'auteur, une relation d'interdépendance : les autorités publiques ont besoin des professionnels des réseaux de santé pour conduire leur politique et, réciproquement, les professionnels ont besoin de la reconnaissance et des financements des autorités publiques pour assurer leur nouveau fonctionnement en réseaux.

Ces différents travaux nous invitent finalement à ne pas considérer le lien entre profession et rationalisation comme une simple opposition mais à nous poser la question de leur articulation, ce à quoi s'attachent notamment des travaux récents de Julia Evetts (Evetts, 2011a) et Patrick Castel (Castel, 2020). S'intéressant à l'impact des nouveaux outils et procédures néo-managériaux sur l'identité, les structures et les pratiques professionnelles dans le secteur public, Julia Evetts décrit l'émergence d'une nouvelle forme de « *professionnalisme organisationnel* » (en s'appuyant notamment sur les travaux de James Faulconbridge et Daniel Muzio en cabinets d'avocats (Faulconbridge et Muzio, 2008)), qu'elle explique par la coexistence d'éléments de changement affectant les professions (standardisation, régulation et évaluation externe de

l'activité, nouveaux principes de gouvernance et de management) et d'éléments de continuité (autonomie de jugement, spécificité des compétences et des savoirs, identité professionnelle, compétition juridictionnelle entre professionnels). Dans son travail de synthèse sur la profession médicale dans le secteur de la cancérologie en France (Castel, 2020), Patrick Castel identifie quant à lui des figures de « *médecins organisateurs* » qui pilotent eux-mêmes des initiatives d'organisation des pratiques, avec le soutien des managers ou des gestionnaires hospitaliers. Les cas empiriques qu'il considère (notamment l'oncogériatrie[1] et les sarcomes[2]) permettent d'identifier une nouvelle configuration d'alliance entre médecins et gestionnaires, dans laquelle les premiers ne subissent pas le contrôle managérial des seconds mais tentent au contraire d'en faire des soutiens pour développer leurs propres initiatives organisationnelles.

C'est dans la lignée de ces travaux que s'inscrit cette thèse, dans laquelle nous questionnons l'idée selon laquelle le mouvement de rationalisation des pratiques des professionnels de santé libéraux en MSP irait à leur encontre. Nous soutenons, au contraire, que les professionnels libéraux ont un intérêt à exercer en MSP et que, une fois dans ces structures, ils parviennent à s'approprier les nouvelles procédures de rationalisation visant à encadrer leurs pratiques pour en limiter la contrainte voir même, dans certains cas, pour en faire une ressource. Nous allons ainsi montrer que ce processus de rationalisation et la tentative de contrôle des pratiques qui accompagnent la contractualisation avec les autorités sanitaires n'empêchent pas le maintien de l'autonomie professionnelle et se conjuguent même avec une certaine identité libérale.

Rationalisation et division du travail : redéfinition des territoires professionnels et domination médicale

Depuis les travaux fondateurs d'Eliot Freidson sur la profession médicale, les relations entre professionnels de santé ont été un objet d'étude privilégié par les sociologues des professions. Howard Vollmer et Donald Mills (Vollmer et Mills, 1966) ont proposé l'une des premières typologies des relations entre groupes professionnels, qui identifie quatre grands types de relations. D'après celle-ci, les relations coopératives ou « *accommodantes* » (« *accomodative* » dans le texte) se retrouvent quand un groupe professionnel est subordonné à

[1] Personnes âgées atteintes de cancers.

[2] Cancers rares et complexes.

un autre de manière relativement stable. C'est d'ailleurs la lecture des relations entre médecins et infirmiers qui a longtemps prédominé suite aux premiers travaux d'Eliot Freidson (Freidson, 1968, 1970a). Les relations d'évitement (« *avoidance* ») renvoient quant à elles à des situations, moins durables selon Howard Vollmer et Donald Mills, dans lesquelles un groupe professionnel établi voit émerger un nouveau groupe professionnel cherchant à assurer des tâches non préemptées par le groupe établi. Les relations de concurrence ou compétitives (« *competitive* ») apparaissent quand le groupe émergeant devient une menace pour le groupe établi qui cherche à garder la main sur ces tâches. Enfin, les relations deviennent conflictuelles (« *conflict relationships* ») quand se renforcent les affrontements autour du contrôle de ces tâches. À la suite de ces travaux, les sociologues des professions s'intéresseront surtout aux relations de concurrence entre groupes professionnels. Andrew Abbott (Abbott, 1988) proposera notamment un nouveau cadre théorique des dynamiques professionnelles encore largement mobilisé aujourd'hui. Pour cet auteur, les groupes professionnels cherchent à maintenir ou gagner le contrôle sur des territoires ou « *juridictions professionnelles* » (qu'il définit comme le lien exclusif entre un groupe professionnel et un champ d'activités ou de tâches) et s'engagent dans des « *luttes juridictionnelles* » qui se jouent dans trois arènes : le système légal qui définit officiellement les compétences des différentes professions, l'opinion publique qui leur reconnaît une autorité sociale, et le lieu de travail où les frontières professionnelles font l'objet de négociations, voire de conflits. Ce cadre théorique considère les groupes professionnels comme faisant « *système* », dans la mesure où le territoire d'un groupe professionnel dépend de celui des autres avec lesquels il est en concurrence.

Peu nombreux sont les travaux qui permettent de rendre compte des logiques de coopération entre professionnels de santé, sans les réduire à des relations de subordination du fait de la « *dominance* » qu'exercent les médecins sur les autres groupes professionnels (Freidson, 1968, 1970b). Certaines études se sont toutefois penchées sur les logiques de coopération entre partenaires de soins. Toute une série de travaux s'est notamment intéressée aux situations de coopération entre médecins et infirmières[1] dans le secteur hospitalier (Allen, 1997 ; Hughes, 1988 ; Porter, 1995 ; Stein, 1967 ; Svensson, 1996). S'inscrivant dans la lignée

[1] Les travaux anglo-saxons utilisent le terme « *nurse* » qui renvoie à une figure féminine et nous choisissons ainsi de traduire ces travaux en utilisant le terme infirmier au féminin (de nombreux travaux français préfèrent d'ailleurs le féminin). Dans le corps de la thèse, nous emploierons toutefois le masculin, car nous avons rencontré des infirmiers et des infirmières et que nous avons fait le choix de masculiniser toutes les professions dans le souci de maintenir l'anonymat des personnes interrogées.

des travaux interactionnistes d'Anselm Strauss (Strauss et al., 1963), ils ont montré que les infirmières étaient amenées à influer sur les décisions médicales au cours des interactions quotidiennes dans les services et que ce débordement de leur rôle formel ne menait pas nécessairement à des conflits avec les médecins. Leonard Stein, David Hugues et Sam Porter expliquent cette situation par le fait que les infirmières ont des connaissances théoriques et des compétences techniques que n'ont pas toujours les médecins. Quant à Davina Allen, au-delà des compétences professionnelles, elle identifie des contraintes organisationnelles qui amènent de fait les infirmières à sortir de leur rôle : d'une part, le personnel infirmier est souvent permanent dans les services hospitaliers alors que le *turnover* des médecins est plus fréquent, ce qui explique que les infirmières aient une meilleure connaissance du fonctionnement des services ; d'autre part, l'organisation spatiale et temporelle des services amène les infirmières à être présentes aux chevets des patients quand les médecins ne le sont pas. L'auteure explique finalement l'absence de conflits au cours de la division du travail par le fait que le nouveau rôle des infirmières demeure informel, c'est à dire qu'il n'implique pas une remise en cause de la juridiction médicale mais seulement un « *brouillage* » (« *blurring* » (Allen, 1997, p. 506)) des frontières professionnelles entre médecins et infirmières. En France, des travaux plus récents se sont intéressés aux relations de coopération entre différentes spécialités médicales dans les secteurs de la cancérologie et des addictions (Bergeron et Castel, 2010). Selon le cadre d'analyse proposé par Henri Bergeron et Patrick Castel, l'absence de concurrence ou de conflits tient précisément à la reconnaissance mutuelle d'une complémentarité des rôles et des moments d'intervention entre professionnels investis dans une même prise en charge : certains professionnels – dits « *non captants* » – acceptent de n'intervenir que ponctuellement, à la demande d'un professionnel – dit « *captant* » – qui contrôle ou *capte* l'essentiel de la prise en charge, autrement dit qui décide de la stratégie thérapeutique et suit le patient à toute les étapes de celle-ci. Les auteurs remarquent par ailleurs que ces relations de coopération ne sont pas renégociées à chaque interaction, contrairement à ce qu'observent les auteurs interactionnistes, mais qu'elles se stabilisent dans la durée. Que les frontières professionnelles soient ponctuellement et tacitement *brouillées*, pour Davina Allen, ou stabilisées et ouvertement acceptées de part et d'autre pour Henri Bergeron et Patrick Castel, la coopération émerge dans un cas comme dans l'autre d'une dépendance mutuelle entre partenaires de soins.

Cette lecture de la coopération entre professionnels de santé a été une aide pour comprendre la reconfiguration des territoires professionnels qui se joue en MSP, du fait de la

délégation de tâches des médecins généralistes aux autres professionnels de santé, outillée par les nouveaux protocoles de soins et les outils de partage d'informations et facilitée par le regroupement géographique. Nous montrerons que la nouvelle division du travail en MSP, qu'elle soit volontaire ou contrainte par le contexte organisationnel, ne fait étonnamment pas l'objet de conflits entre professionnels des MSP, car ils y trouvent leur intérêt de part et d'autre : les médecins délégants y voient en effet le moyen de céder certaines tâches qu'ils ne peuvent ou ne souhaitent pas réaliser, alors que les professionnels délégués considèrent ces nouvelles tâches comme une reconnaissance de leurs compétences existantes voire un enrichissement de leurs territoires professionnels.

3) L'enquête

Ce projet de recherche est né d'une expérience professionnelle de trois ans, de 2012 à 2015, pendant laquelle j'ai exercé en tant que consultante dans un cabinet spécialisé dans l'organisations des soins, plus particulièrement des soins primaires et des parcours de santé : le cabinet Acsantis[1]. Après un master de recherche sur les questions sanitaires et sociales à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales[2] et la réalisation d'un mémoire de recherche sur la rencontre des définitions professionnelles et profanes de la maladie à l'hôpital[3], j'avais souhaité prendre du recul avant de consolider un projet de recherche qui m'accompagnerait pour plusieurs années. Une expérience professionnelle de terrain, me permettant de rencontrer une diversité d'acteurs du système de santé (professionnels de santé de ville et hospitaliers, directions d'établissements, agents de l'administration centrale et régionale, élus locaux) me semblait pouvoir répondre à cet objectif. Alors que mon idée était de revenir à la recherche au

---

[1] Créé en 2010 par l'association d'un médecin généraliste (Dominique Dépinoy) et d'un ingénieur spécialisé dans les outils de santé numérique (Sébastien Briois), le cabinet « Acsantis, Les organisations en santé » regroupe une équipe d'une quinzaine de consultants de formations diverses (gestion, santé publique, géographie, sociologie, ingénierie...) et accompagne des professionnels de santé, des élus ainsi que des institutions (notamment ARS) dans des missions d'organisation des soins primaires, d'organisation des parcours de santé et de développement de la e-santé (https://acsantis.com/).

[2] Ce master, qui portait alors la mention « *Santé, Population et Politiques Sociales* » (aujourd'hui « *Santé, Médecine et Questions sociales* »), propose une approche pluridisciplinaire (histoire, anthropologie, sociologie, science politique et démographie).

[3] Sous la direction de Marie Jaisson, professeur de sociologie membre de l'IRIS (Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux), unité mixte de recherche EHESS, CNRS, Inserm et Université Sorbonne Paris Nord.

bout d'un an, ce n'est qu'après trois années dans cette activité que je suis parvenue à déterminer un thème de recherche et à quitter cet environnement professionnel qui m'a beaucoup intéressée. Le thème était trouvé : ce serait les soins primaires, qui me semblaient être une nouvelle orientation majeure – bien que timide encore – des politiques de santé en France depuis les années 2000. Mais les contours de mon objet n'étaient pas clairement définis à ce stade : allais-je m'intéresser au contexte social, politique et institutionnel de l'émergence des soins primaires en France ? Aux questions d'accès et de qualité des soins pour les patients qu'ils soulèvent ? Aux transformations du travail des professionnels de santé qu'ils impliquent ? Ou encore au rôle des consultants dont j'avais fait partie ? Ces alternatives, qui se situaient à différents niveaux d'analyse et dialoguaient avec différentes littératures, ont été évoquées avec Henri Bergeron du Centre de Sociologie des Organisations (CSO), que j'avais spontanément sollicité sans le connaître. La dernière posait immédiatement un enjeu de réflexivité par rapport à mon ancienne position de consultante, mais c'est toutefois l'entrée que j'ai choisie au moment de rédiger mon projet de recherche avec le soutien d'Henri Bergeron.

Ce choix était notamment motivé par le constat que le rôle des consultants était peu documenté dans le secteur sanitaire français, et limité au seul secteur hospitalier (Belorgey, 2010 ; Pierru, 2012a). Peu considérés par les chercheurs, les consultants me semblaient même être « *invisibilisés* » par les acteurs professionnels et institutionnels : au cours de mon expérience de conseil, il m'avait en effet semblé que la contribution des consultants dans le secteur ambulatoire était souvent passée sous silence (dans les rapports publics, les réunions institutionnelles, etc.). Mon ambition initiale en commençant ce travail de thèse était ainsi de comprendre la raison de ce maintien dans l'ombre des consultants et de questionner les résultats des auteurs qui s'étaient intéressés à l'hôpital dans le secteur ambulatoire. Les travaux réflexifs d'Isabelle Bourgeois (Bourgeois, 2015, 2019), sociologue des organisations et consultante dans une structure d'étude et de conseil comparable à celle dans laquelle j'avais exercé, me confortaient par ailleurs dans l'idée que l'analyse de l'activité de conseil pouvait être un moyen de comprendre les transformations en cours dans le secteur de la santé, au-delà d'une analyse du métier de consultant lui-même.

Enjeu de réflexivité et redéfinition du sujet

Après une année de lecture de la littérature sur les réformes des systèmes de santé et sur l'activité de conseil, d'entretiens exploratoires avec des consultants, des représentants de l'administration sanitaire et des professionnels exerçant en MSP, mais aussi d'échanges avec différents chercheurs du Centre de Sociologie des Organisations et du Laboratoire Interdisciplinaire d'Évaluation des Politiques Publiques, j'ai cependant décidé de changer d'objet. Deux raisons m'y ont poussée. Premièrement, j'ai compris que mon expérience récente en tant que consultante ne me permettrait finalement pas d'avoir le recul nécessaire pour en faire mon objet, d'autant que des personnes que je voyais en entretiens (dont certaines que j'avais déjà rencontrées au cours de mon activité professionnelle passée) me considéraient elles-mêmes comme consultante. Deuxièmement, en analysant les matériaux récoltés au cours de cette première année de travail, j'ai constaté que je m'étais simultanément focalisée sur un autre objet que le travail des consultants et qui lui était intrinsèquement lié : le travail des professionnels de santé eux-mêmes (organisation et nature des activités réalisées, perception et présentation du travail par les professionnels, relations entre professionnels de santé, etc.) Encouragée par mon directeur de recherche et d'autres chercheurs du CSO[1], j'ai donc assumé cette redéfinition de mon objet de recherche, pour m'intéresser aux transformations des pratiques professionnelles en MSP. Les données recueillies concernant les consultants m'ont toutefois été utiles pour comprendre le contexte d'émergence des MSP ainsi que pour analyser la trajectoire de certains professionnels de mon échantillon : nous allons en effet voir, dans le chapitre 4, que l'accompagnement par un ou plusieurs consultants est une ressource à la disposition des médecins porteurs de projets de MSP.

Avoir été consultante dans ce secteur a par ailleurs été d'une grande aide pour appréhender mon objet et pour accéder à mon terrain d'enquête. Mes années de conseil pendant lesquelles j'ai, entre autres missions, participé à l'accompagnement d'une quinzaine de projets de MSP, m'ont en effet permis d'acquérir une certaine connaissance des enjeux politiques et institutionnels qui traversent ce secteur, du système d'acteurs en présence (ARS, CPAM, collectivités territoriales, organisations professionnelles, cabinets de conseil...) ainsi que des lois et réglementation en vigueur. J'ai par ailleurs pu contacter directement des représentants

[1] Patrick Castel et Étienne Nouguez (qui se reconnaîtront sûrement) ont notamment été d'un grand soutien dans ces questionnements.

de la Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé (FFMPS, devenue en 2018 AVEC Santé) que j'avais déjà rencontrés en qualité de consultante, ainsi que les fondateurs de deux cabinets de conseil très présents dans l'accompagnement de projets de MSP, et identifier avec eux des MSP qui répondaient à mes critères de sélections (que je présente dans le paragraphe suivant). Le fait d'avoir contacté les médecins à l'origine de ces projets de MSP sur la recommandation de la FFMPS a certainement participé à leur rapide acceptation de mon protocole d'enquête et au bon accueil qu'ils m'ont réservé à mon arrivée sur le terrain.

Sources et protocole d'enquête

Cette recherche a été menée à deux niveaux : pour comprendre les transformations des pratiques professionnelles en MSP, il m'a semblé en effet nécessaire de saisir le contexte politique et institutionnel d'émergence de ces nouvelles organisations du secteur ambulatoire et de définition des outils et des procédures qui les opérationnalisent sur le terrain.

Une partie de mon travail a ainsi consisté en l'analyse de sources écrites en accès public produites depuis le début des années 2000 et les premières évocations des soins primaires et des regroupements pluriprofessionnel (textes de lois, débats parlementaires, rapports publics, documents produits par les autorités sanitaires – e.g. cahier des charges des MSP publié par la DGOS[1], protocoles pluriprofessionnels de soins de la Haute Autorité de Santé (HAS)[2], guides pratiques et outils méthodologies de la FFMPS et de fédérations régionales, etc. –, enquêtes réalisées par l'Irdes[3]) ainsi qu'en la réalisation d'entretiens avec des représentants de

[1] La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du ministère des Solidarités et de la Santé, définie à l'article D. 1421-2 du Code de la santé publique, participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé. Elle est notamment responsable de la régulation de l'offre de soins des établissements de santé et de l'évaluation des politiques relatives à l'accès aux soins de premier recours (ou soins primaires). Elle est également chargée des questions relatives à la déontologie, aux règles d'organisation et d'exercice et à la démographie des professions de santé.

[2] Créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, la Haute Autorité de Santé (HAS) est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, au service du développement de la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social. Elle affiche trois missions : évaluer les médicaments, les dispositifs médicaux et les actes professionnels en vue de leur remboursement ; recommander les bonnes pratique professionnelles, élaborer des recommandations vaccinales et de santé publique ; mesurer et améliorer la qualité dans les hôpitaux, les cliniques, en médecine de ville, dans le structures sociales et médico-sociales (https://www.has-sante.fr/jcms/c_452559/fr/la-has-en-bref, consulté le 16/10/2020).

[3] L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) est un institut de recherche indépendant réunissant une trentaine de chercheurs (économistes, sociologues, géographes, médecins

l'administration sanitaire au niveau central et régional, des consultants investis dans l'accompagnement des MSP et des représentants de professionnels de santé (notamment à la FFMPS et dans certains syndicats médicaux et paramédicaux), certains faisant la promotion de l'exercice en MSP et d'autres moins convaincus voire opposés à ce modèle. J'ai réalisé 30 entretiens, dont 15 avec des représentants d'organisations professionnelles, 6 avec des représentants de l'administration sanitaire et 9 avec des observateurs des transformations du système de santé (chercheurs, consultants et autres experts) (voir le tableau en annexe)[1]. Ce recueil de données m'a permis de retracer l'émergence du problème d'accès aux soins et l'affirmation des MSP comme l'une des principales solutions à ce problème, ainsi que de comprendre les négociations autour des modalités de contractualisation et des outils et procédures de l'ACI.

Une autre partie de mon travail d'enquête, qui m'a principalement occupée pendant mes trois années de terrain, a consisté à aller voir dans les organisations elles-mêmes la mise en œuvre des différents outils et procédures de rationalisation qui sous-tendent l'exercice en MSP, afin de comprendre leurs effets concrets – et potentiellement différenciés – sur les pratiques professionnelles au niveau local. J'ai sollicité le président de la FFMPS ainsi que deux consultants (de deux cabinets différents, qui apparaîtront au cours de notre argumentaire) pour sélectionner différentes MSP. Ceux-ci ont identifié plusieurs structures répondant à mes critères et parmi lesquelles j'en ai finalement retenu six[2]. Celles-ci m'ont paru illustrer une variété de situations qui, si elles ne peuvent être représentatives de la totalité des MSP sur le territoire français, m'ont permis de tester mes hypothèses sur une diversité de cas : territoire d'implantation (territoire à dominante rurale ou à dominante urbaine[3]), taille et composition de

de santé publique et statisticiens) qui développent des recherches sur une diversité de sujets (état de santé de la population, accès aux soins, pratiques professionnelles, fonctionnement du système de santé français (et comparaisons internationales) et notamment sur les MSP, l'ACI ainsi que les NMR.

[1] Étant donné les fonctions et l'exposition médiatique et politique des acteurs interrogés dans ce volet de l'enquête (notamment des représentants syndicaux), nous avons fait le choix de ne pas les rendre anonymes et leur avons demandé leur accord pour citer leurs noms. Un lecteur initié les aurait d'ailleurs identifiés sans difficulté (voir annexe 3).

[2] Ce nombre n'était pas arrêté au départ. Il m'est apparu toutefois que j'arrivais à saturation de mes données après avoir visité ces six sites.

[3] Cette distinction correspond aux territoires identifiés par l'Irdes (voir chapitre 1), qui a documenté l'implantation des MSP et distingué notamment les « *marges rurales* » (espaces ruraux éloignés des villes) des espaces urbains ou périurbains (territoire situé en deuxièmes couronnes de pôles urbains ou en campagne périurbain) (Chevillard et Mousquès, 2020).

l'équipe (d'une quinzaine de professionnels à plus de trente), dynamiques professionnelles existantes sur le territoire avant la création de la MSP et origine du projet de MSP, ancienneté du projet (certaines structures ayant obtenu le « *label* » MSP et ayant contractualisé avec l'ARS et la CPAM plus tôt que d'autres), état de mise en œuvre des outils et procédures de l'ACI. Le dernier élément a été déterminant dans la construction de mon échantillon, dans lequel je cherchais à mettre en perspective des structures que l'on pourrait qualifier de « *cibles* » ou « *modèles* » (soit des MSP qui « *fonctionnent* », pour reprendre un terme souvent entendu sur le terrain, c'est à dire qui répondent à la fois aux attentes des autorités publiques et à celles des professionnels qui y exercent), et des structures qui rencontrent au contraire des difficultés avec la contractualisation et la mise en œuvre des procédures de l'ACI. Mon objectif, ce faisant, était de comprendre les déterminants qui pouvaient expliquer les différences dans la mise en œuvre de cet instrument et ses effets différenciés sur les pratiques d'un site à un autre. Si les six structures ont obtenu la reconnaissance en tant que MSP et ont souhaité s'engager dans une contractualisation avec l'ARS et la CPAM pour toucher les NMR, l'une d'entre elles (la MSP 3) n'avait pas réussi à signer l'ACI au moment de notre enquête (nous avons toutefois appris, avant de rendre ce travail, que les professionnels de cette structure avaient relancé le processus de contractualisation et finalement signé l'ACI fin 2019). Ce cas particulier a été instructif dans l'analyse, notamment pour identifier les potentiels blocages à la contractualisation. Nous présentons dans le paragraphe suivant ces six MSP, la numérotation de 1 à 6 correspondant arbitrairement à l'ordre chronologique des moments d'enquête dans ces structures.

Cette enquête sur sites s'est déroulée en quatre étapes, de décembre 2016 à février 2019. Dans un premier temps, trois MSP ont été étudiées afin de faire émerger des hypothèses de manière inductive. Dans un second temps, j'ai testé ces hypothèses de manière systématique dans trois autres MSP. Les données ont été récoltées dans chaque structure grâce à un travail intensif de terrain d'une semaine en moyenne, reposant sur des entretiens semi-directifs, des observations et une analyse de documents (rapports d'activité annuels, protocoles de soins pluriprofessionnels, comptes rendus de réunions, documents d'information à destination des patients, etc.). Dans chaque structure, j'ai rencontré plus de la moitié des professionnels de santé (n = 97, voir tableau en annexe). Je les ai interrogés sur l'impact des outils et procédures de l'ACI sur leurs pratiques quotidiennes, sur leurs relations avec les autorités publiques et leurs relations entre professionnels de la MSP. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des interviewés et retranscrits en verbatim pour illustrer les résultats. Afin de mieux comprendre le

contexte de chaque projet, j'ai réalisé des entretiens complémentaires avec les partenaires locaux des professionnels (agents des ARS et des CPAM ainsi que consultants[1]) (n = 31, voir tableau en annexe). Les séances d'observation ont eu lieu lors de réunions formelles ainsi que d'échanges informels dans les espaces collectifs des MSP (couloirs, salles d'attente, salles de réunion). Les professionnels n'ont toutefois pas accepté d'être observés pendant leurs consultations, invoquant le respect du secret médical. Ce recueil de données a permis de croiser l'observation des pratiques et la représentation que les professionnels ont de celles-ci, l'objectif étant de faire discuter les différents points de vue et de les confronter aux pratiques, afin de pallier les limites de l'enquête par entretiens qui permet de récolter des données partiales et partielles en fonction de ce que veulent dire les personnes interrogées. Dans un troisième temps, j'ai croisé toutes les données récoltées sur les sites afin de faire émerger des pistes d'analyse généralisables. Enfin, dans un quatrième temps, j'ai organisé des restitutions collectives de mes premiers résultats dans les MSP visitées[2], afin de recueillir certaines données manquantes auprès des professionnels et d'affiner mes résultats. J'ai intégré à mes matériaux d'analyse les éléments discutés lors de ces restitutions (voir annexe).

Présentation des six MSP

Les six MSP étudiées au cours de cette enquête ont ainsi des profils variés, que je présente ici de manière succincte, afin de faciliter la compréhension de mon argument. Ces éléments seront toutefois davantage détaillés dans le corps de l'analyse. (Certains éléments ont pu changer depuis le moment de notre enquête, notamment le nombre et le type de professionnels exerçant dans ces structures).

La MSP 1 est située dans un territoire urbain défavorisé. Elle regroupait, au moment de notre enquête, 23 professionnels (dont 11 médecins généralistes, 2 sages-femmes, 4 infirmiers,

[1] Cinq MSP sur six ont été accompagnées par des consultants dans l'élaboration de leur projet, nous y reviendrons dans cette étude.

[2] Nous avons pu organiser des restitutions dans quatre des six MSP de notre échantillon. Il n'a en effet malheureusement pas été possible d'en organiser une dans la MSP 3 (les professionnels faisant face à des « *difficultés internes* » aux dires du médecin porteur de projet, du fait du blocage de la signature de l'ACI, nous y reviendrons) et les professionnels de la MSP 4 n'ont pas donné suite à notre proposition.

3 kinésithérapeutes, 1 orthophoniste, 1 diététicien et 1 psychologue)[1]. L'initiative du projet de MSP est venue du maire de la commune et non des professionnels eux-mêmes, qui s'inquiétait de départs du territoire (plusieurs professionnels ayant pris leur retraite et d'autres étant partis à cause d'un sentiment d'insécurité dans la commune). Un cabinet médical s'est montré rapidement intéressé par le projet du maire et l'un des médecins généralistes est devenu le porteur du projet. Le maire et ce médecin, accompagnés de deux consultants, ont progressivement fédéré une équipe pluriprofessionnelle, élaboré un projet de santé et contractualisé avec l'ARS et la CPAM, en 2015 (dans le cadre du Règlement Arbitral, avant de signer l'ACI en 2017, voir encadré 4 du chapitre 1). Nous avons toutefois constaté sur le terrain que les professionnels n'avaient pas encore mis en œuvre tous les outils et procédures – pourtant obligatoires – imposés par la contractualisation, nous y reviendrons.

La MSP 2 est située dans une autre région, sur un territoire périurbain. Elle regroupait 17 professionnels au moment de notre visite (5 médecins généralistes, 3 dentistes, 4 infirmiers dont 1 infirmier de santé publique dit infirmier Asalée[2], 3 kinésithérapeutes, 1 orthophoniste, 1 psychologue). Les origines du projet remontent au début des années 2000, avant que les MSP n'entrent dans la loi. Il était alors porté par deux médecins généralistes qui ont progressivement fédéré une équipe pluriprofessionnelle autour d'eux. Au moment de la loi HPST de 2009, l'un de ces médecins a fait appel à un cabinet de conseil[3] pour élaborer un projet de santé et proposer une candidature pour participer à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), ce que les professionnels ont obtenu. La MSP a donc participé à la phase expérimentale de la contractualisation à partir de 2010, avant de contractualiser de manière pérenne avec l'ARS et la CPAM (dans le cadre du Règlement Arbitral en 2015, puis de l'ACI à partir de 2017).

[1] Dans le souci de garantir l'anonymat des structures et des professionnels rencontrés au cours de notre enquête, nous avons fait le choix de masculiniser tous les professionnels. Nous gardons toutefois l'appellation « *sage-femme* » car c'est ainsi qu'elle apparaît dans le Code de la santé publique ainsi que dans les textes officiels de l'Ordre de cette profession, et nous avons utilisé le féminin pour désigner les membres de cette profession rencontrés sur le terrain, car toutes étaient des femmes. (Voir annexe 3).

[2] Voir chapitre 6 pour une présentation de l'activité des infirmières Asalée.

[3] Cet accompagnement a été financé par des fonds de l'ARS et non par les professionnels de santé. Le FIR (Fonds d'Investissement Régional) permet en effet de financer ce type de mission de conseil, sur demande des professionnels de santé (voir chapitre 1).

La MSP 3, située dans la même région que la MSP 2 sur un territoire à dominante rurale, m'a au contraire été présentée comme une structure ayant des « *difficultés* ». Au moment de l'enquête, les professionnels n'étaient en effet pas parvenus à contractualiser avec l'ARS et la CPAM (seule structure de l'échantillon dans cette situation). L'idée de s'organiser en MSP n'est pas venue des professionnels mais a été suggérée par l'ARS, comme une solution pour attirer des médecins généralistes sur le territoire (le manque de médecins étant alors une préoccupation des professionnels de santé ainsi que de la population de la commune). L'ARS a proposé aux professionnels un accompagnement par un consultant pour l'élaboration du projet de santé, dans l'objectif que la structure soit reconnue en tant que MSP puis qu'elle contractualise et perçoive les NMR. Si la structure a bien obtenu le « *label* » MSP, la contractualisation a été bloquée pendant deux ans, de 2017 à 2019 pour des raisons sur lesquelles nous reviendront longuement dans le chapitre 3. Au moment de notre enquête, la structure regroupait 15 professionnels (7 médecins généralistes, 1 dermatologue, 1 cardiologue, 1 sage-femme, 3 infirmiers, 1 psychologue, 1 ostéopathe) dans un bâtiment principal, en lien avec d'autres professionnels du territoire et un laboratoire d'analyse.

La MSP 4 est située dans une troisième région, sur un territoire à dominante rurale. Elle était composée de 26 professionnels (7 médecins généralistes, 2 sages-femmes, 14 infirmiers dont 2 de santé publique, 1 kinésithérapeute, 2 pédicures-podologues) au moment de notre enquête. L'idée d'une organisation pluriprofessionnelle des soins est venue des professionnels eux-mêmes, plus précisément d'un binôme composé d'un médecin généraliste et d'un infirmier, avant que les MSP ne soient reconnues par la loi. Les professionnels ont toutefois mis plusieurs années avant de concrétiser leur souhait et ont présenté un projet de santé à l'ARS en 2015, élaboré avec l'aide d'un consultant. La MSP a obtenu la validation de son projet de santé et a pu contractualiser dans la foulée avec l'ARS et la CPAM (en signant le Règlement Arbitral, puis l'ACI en 2017).

La MSP 5 (regroupant 31 professionnels dont 8 médecins généralistes, 1 sage-femme, 12 infirmiers, 1 kinésithérapeute, 3 pédicures-podologues, 3 orthophonistes, 1 psychologue, 1 diététicien et 1 ophtalmologue au moment de notre visite) est située sur un territoire rural, dans une quatrième région. Elle m'a été présentée comme traversant « *une période difficile* ». L'initiative du projet vient d'un cabinet de médecins généralistes, dont l'objectif était double : d'une part, se rapprocher géographiquement de l'hôpital afin de faciliter une forme d'exercice mixte (libéral et salarié à l'hôpital) et d'améliorer les parcours des patients entre la ville et

l'hôpital, et de l'autre, de développer un exercice pluriprofessionnel entre médecins généralistes et professionnels paramédicaux de ville. Le médecin généraliste porteur du projet a fait appel à un consultant pour l'élaboration du projet de santé et, sur la base de ce projet, la structure a réussi à obtenir le « *label* » MSP et à contractualiser avec l'ARS et la CPAM, en 2016 (alors dans le cadre du Règlement Arbitral puis de l'ACI en 2017). Une fois sur le terrain, nous avons constaté toutefois que les professionnels avaient des difficultés à mettre en œuvre toutes les procédures obligatoires de l'ACI, ce qui a causé des tensions entre professionnels, nous y reviendrons en détails.

Enfin, la MSP 6 (située sur un territoire rural, dans la même région que la MSP 5) nous a été présentée comme une structure modèle, au même titre que la MSP 2. Le projet de MSP, dont les origines remontent au début des années 2000, a été porté par un médecin généraliste qui a élaboré le projet de santé avec un autre médecin, sans intervention d'un consultant. Ce projet a permis à la structure d'obtenir la reconnaissance en tant que MSP dès 2009 et de participer à l'ENMR. Depuis, la structure a contractualisé de manière pérenne avec l'ARS et la CPAM (signant d'abord le Règlement Arbitral puis l'ACI). Elle regroupait, au moment de notre enquête, 13 professionnels (5 médecins généralistes, 1 dentiste, 3 infirmiers, 1 kinésithérapeute, 1 psychologue, 1 diététicien).

4) Architecture de la thèse

Bien que le cœur de ce travail de thèse réside dans l'analyse de la mise en œuvre de l'instrument MSP et de ses effets sur les pratiques professionnelles, il nous a semblé indispensable de rappeler le contexte d'émergence des MSP afin de mieux saisir les enjeux institutionnels, politiques et professionnels qui traversent l'instrument que nous considérons. Notre souci était de comprendre l'articulation entre la définition de l'instrument MSP au moment où ces organisations ont été reconnues comme un instrument pertinent et légitime pour répondre au problème d'accès aux soins médicaux, et la forme qu'elles prennent concrètement sur le terrain au moment de leur mise en œuvre

Dans le **premier chapitre**, nous proposons ainsi de revenir sur la construction du problème public des « *déserts médicaux* » et sur le répertoire d'instruments auxquels a eu recours la puissance publique pour tenter d'y répondre, dont les MSP font partie. En nous

appuyant sur d'autres travaux qui ont documenté cette question[1], ainsi que sur des données de première main que nous avons recueillies grâce une analyse documentaire et une série d'entretiens avec des membres de l'administration sanitaire et des représentants professionnels, nous montrons que, sans être le seul instrument qui entend lutter contre le problème d'accès aux soins, les MSP ont bénéficié de l'alignement des intérêts d'acteurs politiques et professionnels qui en ont fait l'une des principales solutions aux déserts médicaux. Cet instrument apparaît par ailleurs comme un marqueur d'une nouvelle orientation des politiques de santé en France depuis les années 2000, celle des soins primaires. Nous montrons dans ce chapitre que, sans remettre ouvertement en cause le statut libéral des professionnels de santé du secteur ambulatoire, cet instrument participe d'un encadrement croissant de la liberté d'exercice des professionnels libéraux et notamment de la médecine libérale, ce qui a suscité notre étonnement initial : pourquoi des professionnels libéraux décident-ils de s'engager dans ce nouveau mode d'exercice et quels en sont les effets sur leurs pratiques et leur autonomie ?

Les cinq autres chapitres seront consacrés à la mise en œuvre de l'instrument MSP. Dans les chapitres 2, 3 et 4, nous nous pencherons d'abord sur la tension entre rationalisation et autonomie professionnelle que nous avons mise en lumière dans cette introduction, puis nous considèrerons les effets de ce processus de rationalisation sur la division du travail et les juridictions professionnelles dans les chapitres 5 et 6.

Dans le **deuxième chapitre**, nous montrerons que les professionnels de santé libéraux des MSP parviennent non seulement à limiter la portée contraignante des procédures de rationalisation qui s'imposent à eux du fait de la nouvelle contractualisation avec l'ARS et la CPAM, mais qu'ils arrivent même dans certaines situations à en faire des ressources pour faire évoluer l'organisation et le contenu de leurs pratiques dans un sens qui leur convient. Nous soutenons ainsi que ces professionnels libéraux parviennent à s'approprier l'instrument susceptible de les contraindre et que les autorités sanitaires tolèrent cette appropriation car la mise en œuvre de l'instrument MSP dépend précisément de l'adhésion volontaire des professionnels à ce modèle. Le **troisième chapitre** sera l'occasion de mettre en évidence la déclinaison locale de l'instrument MSP et plus précisément des outils et procédures de

[1] Ce chapitre repose notamment sur les contributions au dossier thématique de la *Revue française des affaires sociales* auquel nous avons contribué, « *Les réformes de l'organisation des soins primaires* », coordonné par Patrick Hassenteufel, Michel Naiditch et François-Xavier Schweyer (n°1, janvier-mars 2020).

rationalisation qui l'opérationnalisent sur le terrain. Nous identifierons trois profils types de MSP, en fonction de la capacité des professionnels à s'approprier les procédures de rationalisation et identifierons les déterminants qui permettent d'expliquer cette appropriation différenciée. Nous verrons notamment que certaines MSP parviennent à obtenir le soutien des autorités sanitaires pour développer des activités innovantes qui pourraient être généralisées dans d'autres MSP. Le **quatrième chapitre** proposera ensuite de revenir sur les trajectoires individuelles des médecins généralistes porteurs des projets de MSP, dont le rôle nous est apparu essentiel dans le processus d'appropriation analysé dans les deux chapitres précédents. Nous montrerons que ces médecins n'ont pas tous les mêmes ressources pour mener leur entreprise de transformation des pratiques et faire adhérer les autres professionnels à ce projet et verrons qu'alors que certains peinent à affirmer leur légitimité en tant que porteurs de projets, d'autres se positionnent localement comme des *leaders* dans leurs structures et, plus largement, comme des *pionniers* de la réforme des soins primaires

Les deux derniers chapitres seront consacrés aux effets de la formalisation de la coordination sur la division du travail entre professionnels des MSP. Dans le **cinquième chapitre**, nous verrons d'abord que les nouvelles règles de la coordination pluriprofessionnelle en MSP sont ambivalentes car au service de deux logiques d'organisation des soins d'apparence contradictoire. En effet, la définition formelle de la pluriprofessionnalité et les nouveaux outils de coordination de l'ACI véhiculent une conception collégiale de la coordination prônant l'égalité des membres de l'organisation, la complémentarité des expertises professionnelles et le consensus dans les prises de décisions. Mais nous allons voir que l'utilisation que font les professionnels en pratique des outils de coordination s'inscrit dans une conception médico-centrée de la coordination pluriprofessionnelle et que les médecins généralistes parviennent ce faisant à s'affirmer dans un rôle à part et dominant au sein du groupe pluriprofessionnel. Dans le **sixième chapitre**, nous nous pencherons pour finir sur la division du travail en MSP que les règles formelles de coordination ne suffisent pas à prévoir, et expliquerons les ressorts de la reconfiguration des territoires professionnels sur le lieu de travail. Nous montrerons que les professionnels paramédicaux voient notamment leurs périmètres de tâches s'élargir du fait de nouvelles délégations médicales, parfois souhaitées par les médecins, parfois contraintes par le contexte organisationnel. Que ces délégations soient volontaires ou non, nous montrerons qu'elles ne font pas l'objet de conflits entre les professionnels des MSP, car ils y trouvent

chacun leur intérêt et que les médecins parviennent finalement à garder le contrôle de cette division du travail.

Chapitre 1 – Un nouvel instrument incitatif et contractuel pour lutter contre les déserts médicaux : un alignement des intérêts politiques et professionnels autour des MSP

« *Le politique est démuni car il ne trouve pas la clef. Et qu'en face, il a des professionnels de santé qui sont libéraux* (...). *Et tout à coup, il voit les maisons de santé et il y voit la solution à tous les problèmes.* »
Pierre de Haas, médecin généraliste,
ancien président de la FFMPS

Au cours des années 2000, les « *déserts médicaux* » fleurissent dans les débats parlementaires, les déclarations et les rapports publics ainsi que la presse. Cette expression désigne alors, en les dramatisant (Hassenteufel et al., 2020), les difficultés d'accès aux soins sur certaines territoires et avant tout l'accès aux médecins généralistes. Pour répondre à ce nouveau « *problème social* » (Blumer, 1971 ; Gusfield, 1981 ; Spector et Kitsuse, 1973), la puissance publique puise alors dans un répertoire d'« *instruments* » (Hood, 1986 ; Lascoumes et Le Galès, 2005) parmi lesquels émergent progressivement les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Si ces nouvelles organisations du secteur ambulatoire ne sont pas la seule réponse au problème d'accès aux soins, elles apparaissent toutefois structurantes dans le processus de réforme du système de santé et dans l'évolution des relations qui lient la profession médicale à l'État. Nous allons voir en effet dans ce premier chapitre que les MSP résultent de la rencontre nouvelle d'intérêts politiques et professionnels, avec d'un côté la volonté de la puissance publique d'organiser le secteur ambulatoire pour le rendre plus efficient et à même de répondre aux nouveaux enjeux structurels du système de santé (développement des pathologies chroniques et vieillissement de la population, déficit de l'offre médicale et difficultés d'accès aux soins sur certains territoires, déficit de coordination entre les acteurs de la ville mais aussi entre la ville et l'hôpital, et faible développement de la santé publique et notamment de la prévention) et, de l'autre côté, la volonté d'une frange de la profession médicale (rejointe progressivement par d'autres professionnels) de promouvoir une certaine conception de la médecine de ville et de faire évoluer ses modalités d'exercice tout en préservant son autonomie. Mais derrière cet alignement d'intérêts (rappelant le processus de « *frame alignement* » (Benford et Snow, 2000 ; Snow et al., 1986)) qui permet une « *mobilisation conjointe* » de la puissance publique et de la profession médicale autour des MSP

(Vezinat, 2020), nous allons voir que l'introduction des MSP est susceptible de marquer un tournant dans la réforme du système de santé avec l'apparition d'une nouvelle forme de régulation de la médecine libérale : la contractualisation avec l'État et l'Assurance Maladie vient en effet encadrer des dimensions de l'exercice médical jusqu'alors épargnées par les tentatives de régulation, notamment l'accès aux soins, la coordination et le développement d'actions de santé publique. Les MSP nous apparaissent ainsi comme un marqueur des transformations récentes des politiques sanitaires et notamment un révélateur du processus paradoxal de régulation d'un secteur à dominante libérale.

Dans ce chapitre, nous nous attacherons à considérer le problème des déserts médicaux comme un processus, tel que le conçoit notamment Herbert Blumer (Blumer, 1971), en nous intéressant à l'émergence du problème, aux mobilisations de différentes figures ou groupes d'intérêts autour de celui-ci, à sa légitimation et à sa traduction en plan d'actions – ou en ce que nous considérons comme des instruments. Les chapitres suivants nous permettrons ensuite d'analyser la phase de mise en œuvre de l'instrument MSP sur les territoires, en nous inscrivant dans une approche « *bottom-up* » de l'action publique (Lascoumes et Le Galès, 2012), qui part de la mise en œuvre de l'instrument afin de comprendre comment ses destinataires se l'approprient et comment l'instrument s'en trouve modifié ou remodelé (Lascoumes et Le Galès, 2005). Un détour par la sociologie des problèmes sociaux nous aidera à comprendre l'émergence et la définition du problème d'accès aux soins en France et son acceptation dans l'espace social, ainsi que le choix d'un répertoire d'instruments pour y répondre.

De nombreux enjeux peuvent rester « *latents* » (Cefaï, 1996) : Daniel Cefaï rappelle que des situations sont quotidiennement passées sous silence par les pouvoirs publics et les médias, et ignorées par l'opinion publique, alors qu'elles pourraient être présentées comme tout aussi importantes, pressantes ou dommageables que d'autres situations reconnues comme des problèmes légitimes qui supposent l'intervention de la puissance publique. Sans être des « *fictions collectives* », les problèmes publics sont ainsi des constructions, qui reposent sur des descriptions et des interprétations de l'enjeu, l'identification des acteurs concernés, l'attribution de causalités et de responsabilités, l'évaluation des préjudices et la proposition de solutions (Cefaï, 1996, p. 47-49). Dans les années 1980, plusieurs auteurs ont commencé à s'intéresser à cette activité de mise en récit ou de cadrage (*framing*) des problèmes sociaux (Benford et Snow, 2000 ; Gusfield, 1981 ; Snow et al., 1986). Joseph Gusfield a par exemple montré comment l'insécurité routière s'était imposée aux États-Unis comme un problème public, et comment

celui-ci avait été cadré comme un problème d'alcool au volant au détriment d'autres cadrages possibles (la qualité des infrastructures ou des véhicules par exemple, l'offre de transports publics...). Des luttes de cadrages sont donc possibles et Henri Bergeron et Patrick Castel rappellent que le contexte institutionnel et la culture politique participent à expliquer l'acceptation d'un cadrage plutôt qu'un autre (Bergeron et Castel, 2014). C'est ainsi qu'ils comprennent le développement des politiques de santé publique en France, justifié par l'objectif culturellement et politiquement fédérateur de réduction des inégalités sociales, alors qu'aux États-Unis, plusieurs travaux ont montré que les mobilisations qui appelaient à l'intervention de la puissance publique pour protéger les classes les plus démunies devant les intérêts économiques obtenaient moins souvent gain de cause (Baumgartner et Jones, 1993 ; Epstein, 2007). Pour qu'un enjeu devienne problématique et soit légitimé dans l'espace social, il est donc indispensable que des acteurs se mobilisent dans sa définition et dans la proposition de solutions pour y répondre. Howard Becker (Becker, 1966) est le premier à avoir identifié des « *entrepreneurs de morale* » ayant la capacité de mobiliser autour d'un enjeu en s'appuyant sur certaines valeurs ou une idéologie partagée[1]. S'il s'agit souvent de militants, ces entrepreneurs de causes se retrouvent également parmi des décideurs politiques, des experts, des professionnels ou des personnes issues de la société civile (Bergeron et Castel, 2014 ; Lascoumes et Le Galès, 2012). Le cadrage des problèmes peut d'ailleurs permettre de faire se rencontrer ou « *s'aligner* » les intérêts d'une diversité d'acteurs (Snow et al., 1986; voir également Epstein, 2007) qui forment dans certaines situations une « *coalition de cause* » (Sabatier et Jenkins-Smith, 1993). Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès montrent que ces collectifs sont à la fois des lieux de négociations sur la façon de répondre au problème, d'apprentissage et de production de connaissance (Lascoumes et Le Galès, 2012). Patrick Hassenteufel (Hassenteufel, 2008a) identifie finalement quatre facteurs favorables à la construction d'un enjeu en un problème public et à sa « *mise à l'agenda* » politique (Baumgartner et Jones, 1993 ; Cobb et Elder, 1972 ; Kingdon, 1984) : la capacité à dramatiser la situation (sur la question de la dramatisation, voir notamment Hilgartner et al., 1988), la

[1] Comme le rappellent Henri Bergeron, Patrick Castel et Etienne Nouguez (Bergeron, Castel et Nouguez, 2013), la figure de l'« *entrepreneur* » et son rôle dans le changement ou le maintien de l'ordre social, ont intéressé différents courants sociologiques. Selon les travaux, il a pu être qualifié d'« *entrepreneur de moral* » (Becker, 1985), d'« *entrepreneur de cause* » (Cobb et Elder, 1972), d'« *entrepreneur de politique publique* » (Kingdon, 1984) ou encore d'« *entrepreneur institutionnel* » (DiMaggio, 1988 ; Eisenstadt, 1980).

capacité à le monter en généralité, la légitimité scientifique (déjà identifiée par Joseph Gusfield dans le problème de l'alcool au volant) et la capacité à s'appuyer sur des entrepreneurs, qu'il nomme pour sa part des « *relais porteurs* ».

En nous appuyant sur ce cadre théorique, nous verrons dans la première partie de ce chapitre (A) que la dramatisation (Hassenteufel, 2008a ; Hilgartner et Bosk, 1988) de l'enjeu d'accès aux soins médicaux à travers le recours à l'image du « *désert* » – ou, plus sérieuse encore, à celle de la « *désertification* » qui traduit l'évolution négative de la situation – a participé à faire émerger le problème et à légitimer l'action de la puissance publique. Nous identifierons ensuite les différents instruments choisis par les autorités publiques pour répondre aux inégalités territoriales d'accès aux soins médicaux, parmi lesquels les MSP apparaissent comme structurantes d'une nouvelle orientation des politiques de santé vers les soins primaires. Nous montrerons que cet instrument participe d'un encadrement croissant de la liberté d'exercice des professionnels libéraux et notamment de la médecine libérale. Dans la seconde partie (B), nous nous intéresserons aux différents acteurs qui ont participé à promouvoir ce nouveau mode d'exercice, notamment l'administration centrale et les collectivités territoriales, ainsi que des professionnels entrepreneurs de cause qui se sont affirmés au sein de la profession médicale et sont intervenus dans la définition du problème et de la « *solution MSP* ». C'est précisément l'« *alignement* » (Benford et Snow, 2000 ; Snow et al., 1986) des intérêts de ces acteurs, politiques, administratifs et professionnels, qui a permis aux MSP de s'imposer comme l'une des solutions aux déserts médicaux et aux autres enjeux qu'il recouvre – si ce n'est l'unique solution, alors mêmes qu'elle ne répondait aux attentes que d'une minorité de professionnels de santé.

A - Les MSP, un nouvel instrument pour lutter contre les « *déserts médicaux* »

À partir des années 2000, l'enjeu du déficit de l'offre médicale se diffuse largement dans les discours politiques et professionnels, les rapports administratifs et la presse (Clapeau, 2018 ; Hassenteufel et al., 2020 ; Véran, 2013). Apparaît alors une expression « *dramatisante* » (Hassenteufel et al., 2020, p. 35) pour désigner des déficits localisés en médecins généralistes : les « *déserts médicaux* ». Ce cadrage du problème (Benford et Snow, 2000 ; Blumer, 1971 ; Gusfield, 1981 ; Spector et Kitsuse, 1973) en terme de déserts médicaux n'est toutefois pas

univoque et renvoie à une multiplicité d'enjeux qui s'articulent dans les discours sur les soins ambulatoires (1). Plusieurs instruments sont alors mobilisés par la puissance publique dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins dans les territoires *désertés*, certains cherchant à jouer spécifiquement sur le volume de l'offre médicale, et d'autres proposant plus largement une nouvelle organisation du système de santé, autour des soins primaires. Parmi ces derniers, les MSP apparaissent structurantes de cette nouvelle orientation des politiques de santé (2). Nous verrons que l'instrument MSP participe d'un encadrement croissant de l'exercice libéral en ambulatoire, dans la mesure où il introduit une nouvelle relation contractuelle entre les professionnels libéraux et l'administration sanitaire ainsi que l'Assurance Maladie, qui permet aux professionnels de toucher des rémunérations complémentaires à leurs rémunérations à l'acte à condition qu'ils respectent un cahier des charges inédit dans l'exercice libéral (3).

1) La construction des « *déserts médicaux* »

Patrick Hassenteufel, François-Xavier Schweyer, Thomas Gerlinger et Renate Reiter (Hassenteufel et al., 2020) constatent un changement dans les discours médiatiques, politiques et professionnels relatifs à l'offre de soins médicaux : à la crainte d'un trop-plein ou d'une « *pléthore* » médicale (Bungener, 1984) dans les années 1970, s'est substituée celle de déficits localisés en médecins de ville. L'instauration d'un *numerus clausus*[1] en 1971 qui répondait simultanément à la préoccupation de la profession médicale d'une trop forte concurrence et à celle de la puissance publique d'une augmentation des dépenses de santé (Deplaude, 2015), couplée au vieillissement des médecins, aurait en effet provoqué un « *effondrement* » du nombre de médecins de près de 60 % dans les années 1990 d'après le ministère des Solidarités et de la Santé lui-même[2] et des difficultés croissantes à répondre aux besoins de santé de la population sur certains territoires. Les pouvoirs publics, la profession médicale ainsi que l'opinion publique s'inquiètent alors de cette chute de la démographie médicale, désignée par

[1] Système limitant le nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études médicales et, *in fine*, le nombre de médecins diplômés chaque année.

[2] https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/numerus-clausus-2020-429464, site du Ministère des Solidarités et de la Santé, consulté le 29 juillet 2020. Le Ministère estime par ailleurs que le *numerus clausus* a été mis en place « *sans réelle évaluation des besoins en santé* ».

l'expression de plus en plus communément acceptée de « *déserts médicaux* » (ou « *désertification médicale* », qui traduit un processus d'aggravation du problème).

Cadrage et mise à l'agenda des « *déserts médicaux* »

À partir des années 2000, plusieurs rapports administratifs s'inquiètent des difficultés d'accès à l'offre médicale sur certains territoires et plus précisément aux médecins généralistes (Berland et al., 2002; Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2004; Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2005; Berland, 2005). Si ces rapports évoquent des situations de « *pénuries* », ou plus sobrement de « *déficit* » de l'offre médicale, ils ont également recours à une expression plus dramatisante : les « *déserts médicaux* ». Ils expliquent ce phénomène par la conjonction de plusieurs évolutions spécifiques à la profession médicale : la baisse de la démographie professionnelle (du fait du vieillissement des médecins et des nombreux départs à la retraite), la diminution du temps de travail par médecin généraliste en activité, la diminution de la part d'exercice libéral par rapport à l'exercice salarié, ainsi que le choix d'installation des jeunes médecins qui s'éloignent notamment des territoires ruraux (Bras, 2011, 2016 ; Freschi et Vigier, 2018 ; Vergier, Chaput et Lefebvre-Hoang, 2017). À cette diminution de l'offre médicale, s'ajoute des difficultés de coordination entre professionnels de santé et notamment entre médecins et professionnels paramédicaux, mais aussi entre professionnels de la ville et de l'hôpital, qui créent notamment des ruptures dans les parcours de soins des patients (Berland, 2003)[1]. Parallèlement à ces enjeux relatifs à l'offre de soins, le système de santé doit faire face à une augmentation de la demande de soins, du fait des évolutions démographiques (vieillissement de la population) et épidémiologiques (recrudescence des pathologies chroniques). Pour Pierre-Louis Bras, le système de santé français se retrouve finalement confronté à « *deux exigences a priori contradictoires : faire face à une diminution du temps médical et enrichir le contenu de la prise en charge* » (Bras, 2011, p. 118).

[1] Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil montrent que la coordination des soins ambulatoires devient une nouvelle priorité pour les pouvoirs publics avec les ordonnances du Plan Jupée de 1996, dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de médecine ambulatoire (Robelet, Serré et Bourgueil, 2005). Ces ordonnances reconnaissent notamment les réseaux de santé.

Patrick Hassenteufel et ses co-auteurs constatent alors l'émergence d'un travail d'expertise sur l'organisation et la répartition de l'offre de soins, émanant à la fois de l'administration sanitaire et de la profession médicale (Hassenteufel et al., 2020). Du côté des médecins, le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) publie des atlas annuels de la démographie médicale depuis le milieu des années 2000. Le dernier rapport de 2018 fait état d'une baisse du nombre de médecins généralistes de 7% depuis 2010 et d'un recul de l'exercice libéral, avec près de la moitié des médecins ayant un exercice salarié (Mourgues et CNOM, 2018). Le CNOM prévoit que cette diminution est fortement susceptible de se poursuivre jusqu'en 2025 (la tendance s'inversant ensuite, du fait du rehaussement progressif du *numerus clausus*, cf. *infra*). Il s'inquiète pour finir des disparités territoriales en matière d'offre médicale, qui continuent de se creuser depuis 2010. Du côté de la puissance publique, l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, créé en 2003 suite aux recommandations du rapport Berland de 2002) et la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, au sein du ministère de la Santé) documentent également l'évolution de la démographie des professionnels de santé. Le premier rapport de l'ONDPS, datant de 2004, constate que les professionnels de santé n'ont jamais été aussi nombreux et que les effectifs sont en augmentation depuis plusieurs années (entre 2000 et 2004, l'Observatoire constate en effet une augmentation de 1,4% de l'effectif des médecins et d'environ 3% pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les orthophonistes et les pharmaciens). Mais cette croissance de la démographie professionnelle est nuancée par l'ONDPS, qui insiste sur les inégalités territoriales concernant la densité médicale ainsi que le vieillissement de certaines professions qui pose la question de leur renouvellement. L'analyse de la pyramide des âges montre notamment que la part des plus de 55 ans est particulièrement élevée chez les médecins (20,4% des médecins au 1er janvier 2003, contre 18,7% des masseurs-kinésithérapeutes, 14,6% des pédicures-podologues, 12,9% pour les infirmiers, 11,6% des sages-femmes et 11,2% des orthophonistes[1]). Comme le CNOM, l'ONDPS prédit une baisse de la démographie médicale jusqu'en 2025 (voir graphique 1 ci-dessous). Mais l'accès aux soins ne peut se résumer aux effectifs des professionnels présents sur un territoire et la DREES crée un nouvel indicateur en 2012, permettant de prendre en compte une multiplicité de facteurs : l'Accessibilité Potentielle Localisée. L'APL évalue le

[1] Nous précisons les données relatives aux professions que nous avons le plus souvent retrouvées sur notre terrain d'enquête.

nombre de consultations accessibles par an pour chaque habitant en prenant en compte le temps de travail des médecins, le temps d'accès à leurs cabinets et les besoins de santé de la population (Vergier, Chaput et Lefebvre-Hoang, 2017). Depuis 2017, cet indicateur est utilisé pour identifier les zones sous-denses en médecins[1]. En prenant le seuil de 2,5 consultations avec un médecin généraliste par habitant et par an, 8,6 % de la population française vivaient dans une commune sous-dense en 2016 et 9 142 communes étaient concernées, en majorité des communes rurales ou en périphérie de grands pôles urbains (bien que les territoires urbains soient également concernés, avec un quart de la population habitant dans un territoire sous-dense vivant dans un pôle urbain, dont environ 18% en Ile-de France) (DREES, 2018). Dans un document publié en février 2020, la DREES constatait que l'accessibilité aux médecins généralistes avait baissé de 3,3% au niveau national entre 2015 et 2018 : alors que les Français avait accès à 4,05 consultations par an et par habitant en 2015, ce chiffre avait baissé à 3,98 en 2018. Elle observait par ailleurs que les inégalités s'accentuaient entre les communes les mieux dotées en offre de médecine générale et celles les moins bien dotées et que la part de la population vivant en zones sous-dotées en médecins généralistes augmentait (bien que jugée « *faible* »), étant passée de 3,8% à 5,7% sur cette période (Legendre, 2020).

Graphique 1 – Évolution du nombre et de la densité de médecins de 1985 à 2025

Source : Rapport 2004 de l'ONDPS

Les déserts médicaux font également leur entrée dans la presse dans les années 2000, après une apparition discrète au milieu des années 1970, quelques années à peine après

[1] Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique.

l'instauration du *numerus clausus*[1]. Une étude réalisée par des étudiants de l'école des Mines de Paris en 2015 montre notamment que le nombre d'articles de presse évoquant des « *déserts médicaux* » se multiplie à partir de 2000, et plus particulièrement après 2007, avec un pic au moment de la campagne présidentielle de 2012 (Mines ParisTech, 2015). L'analyse de la presse que nous avons menée nous-même sur une période plus longue, de 2000 à 2020, confirme ces observations et montre que les déserts médicaux sont de plus en plus présents dans la presse, avec un nouveau pic en 2017, au moment de la nouvelle campagne présidentielle (voir graphique 2, ci-dessous). Alors que le nombre d'occurrences de l'expression « *déserts médicaux*[2] » était de 170 en 2009, il est passé à 570 en 2012, 868 en 2017 et 984 en 2019. Les expressions « *déserts médicaux* » ou « *désertification médicale* » étaient d'ailleurs présents dans les discours ou programmes de campagne de la moitié des 10 candidats à l'élection présidentielle de 2012, et de 9 candidats sur 11 à l'élection présidentielle de 2017 (voir encadré 2). En 2019, dans le cadre des discussions autour de la loi de transformation du système de santé[3], le premier ministre Édouard Philippe affichait encore l'objectif de « *combattre la désertification médicale*[4] ».

[1] Claudine Escoffier-Lambiotte, médecin de formation et journaliste médicale au *Monde*, évoquait en effet déjà en septembre 1976 le surmenage des médecins et les « *inégalités géographiques* » de l'offre de soins avec un « *surpeuplement médical* » dans certaines régions, notamment dans le bassin parisien, en Alsace et dans le Sud, et des « *déserts médicaux* » dans certains départements (*Le Monde*, 24 septembre 1976). En 1977, Valéry Giscard d'Estaing, alors président de la République, appelait à « *veiller à une meilleure répartition des médecins sur le territoire, de manière à éviter les "déserts médicaux" qui contrastent de plus en plus avec la surmédicalisation des grandes villes et de certaines régions* » (*Le Monde*, 15 novembre 1977).

[2] Après une analyse préliminaire de la presse, nous avons décidé d'inclure plusieurs groupes de termes à notre recherche en plus de « *déserts médicaux* », à savoir « *désert médical* », « *désertification médicale* » et « *pénurie médicale* ».

[3] Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

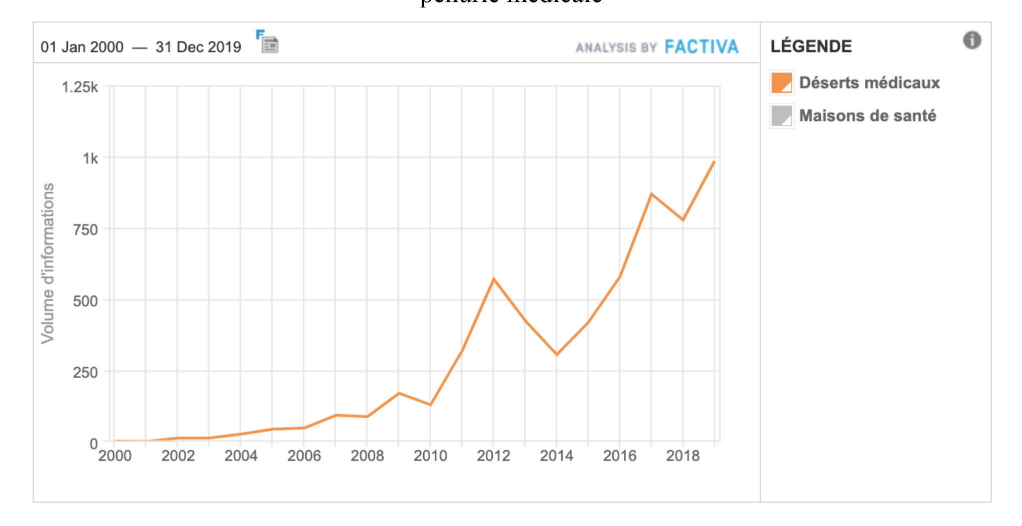
[4] AFP, « Loi de Santé : Philippe veut que les maisons de santé deviennent la norme », 11/02/2019.

Graphique 2 – Apparition des « *déserts médicaux* » dans la presse nationale et régionale de 2000 à 2020

Analyse réalisée avec Factiva

Sources : L'Humanité OR La Croix OR Ouest France OR Libération OR Le Monde OR Les Echos OR Le Figaro

Groupes de termes recherchés : "déserts médicaux" OR "désert médical" OR "désertification médicale" OR "pénurie médicale"



Un problème public, plusieurs enjeux

Mais derrière ce cadrage communément accepté du problème d'accès aux soins, les « *déserts médicaux* » renvoient à différents enjeux : densité des médecins généralistes mais également des médecins spécialistes, accessibilité financière aux spécialistes (du fait de dépassements d'honoraires fréquents), temps et modalités de travail des professionnels, coordination et répartition des tâches et des compétences entre professionnels, qualité des soins... Ces questions sont souvent évoquées pêle-mêle dans les discours, les rapports publics et les articles de presse ainsi que dans les entretiens que nous avons menés avec les professionnels de santé et les représentants de l'administration sanitaire.

Notons d'abord que si l'expression « *déserts médicaux* » est le plus souvent utilisée pour désigner le manque de médecins généralistes sur certains territoires, avec l'image d'Épinal du médecin de campagne en fin de carrière qui peine à trouver un successeur, des difficultés d'accès existent également pour les urgences hospitalières ainsi que certaines spécialités médicales. En 2017, la DREES observait en effet une démographie à la baisse depuis 2010 pour les ophtalmologues, les gynécologues et les psychiatres libéraux en accès direct en ville, baisse qui devrait se poursuivre jusqu'en 2025 (Vergier, Chaput et Lefebvre-Hoang, 2017). L'accès aux professionnels paramédicaux de ville (notamment les infirmiers et les masseurs-

kinésithérapeutes) ainsi qu'aux sages-femmes de ville, n'est toutefois pas identifié comme problématique. Entre 2016 et 2017, l'accessibilité géographique à ces trois professions a en effet augmenté (respectivement de 2,3%, 2,8% et 5,4%) du fait d'une augmentation de leurs effectifs et notamment de la part de professionnels exerçant en libéral. Leur répartition sur le territoire est par ailleurs de moins en moins inégale (Legendre, Aberki et Chaput, 2019). Concernant les infirmiers plus spécifiquement, la DREES observe une augmentation de 3% par an des effectifs entre 2000 et 2016 et projette une augmentation de 53 % entre 2014 et 2040 (DREES, 2018).

Ensuite, l'accessibilité n'est pas uniquement une question de densité de professionnels sur un territoire, comme le soulignait déjà l'ONDPS dans son premier rapport de 2004. L'Observatoire appelait en effet à tenir compte du temps de travail des professionnels ainsi que de leurs conditions d'exercice (une partie du temps professionnel étant dédiée à d'autres activités que les soins, notamment à la gestion administrative, la recherche, la formation ou l'enseignement). En atteste également l'indicateur construit par la DREES, l'APL, qui prend en compte les besoins de santé de la population.

Soulignons, enfin, que les déserts médicaux ne sont qu'un des aspects d'une problématique territoriale plus large : les territoires où l'accès aux médecins généralistes est le plus difficile sont également ceux qui sont les plus éloignés des bassins d'emplois, des services et des équipements publics et privés (culturels, sportifs, commerciaux mais aussi scolaires) (Chevillard et Mousquès, 2020 ; Legendre, 2020). En 2013, Olivier Véran, médecin neurologue alors membre de la Commission des Affaires sociales à l'Assemblée nationale, observait ainsi : « *Les déserts médicaux frappent là où l'État a déjà déserté : transports, écoles, services publics et privés…* » (Véran, 2013, p. 81).

Si la définition des déserts médicaux n'est pas stabilisée, l'utilisation courante de cette image dramatisante par des acteurs professionnels, administratifs, politiques et médiatiques a cependant permis de « *décrire de façon parlante une situation vécue ou jugée comme problématique* » (Véran, 2013, p. 81) et a participé à faire émerger et à légitimer ce problème dans l'agenda politique.

2) Différents instruments pour répondre au problème des « *déserts médicaux* » : d'une réponse quantitative à une réponse organisationnelle

L'analyse de Patrick Hassenteufel, François-Xavier Schweyer, Thomas Gerlinger et Renate Reiter déjà citée (Hassenteufel et al., 2020) permet d'identifier un répertoire d'instruments mobilisés pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins, qui ne sont d'ailleurs pas propres à la France (voir encadré 3)[1]. Ils distinguent quatre catégories d'instruments, selon qu'ils concernent l'organisation des études médicales, l'installation des médecins généralistes, l'organisation territoriale des soins ou plus spécifiquement l'organisation du travail médical (Hassenteufel et al., 2020, p. 43). En repartant de leur analyse, nous proposons une typologie légèrement modifiée, selon que les instruments mobilisés par la puissance publique répondent à une logique quantitative, c'est à dire cherchant à jouer sur le volume de l'offre médicale, ou à une logique organisationnelle qui s'inscrit dans une nouvelle orientation des politiques sanitaires : celle des soins primaires.

Une réponse quantitative et médicale aux déserts médicaux : réorganisation de la formation médicale et incitations financières à l'installation pour les médecins

Olivier Véran note que « *l'État a toujours opposé aux déserts médicaux des solutions quantitatives* » et cite à l'appui la création du corps des officiers de santé en 1793[2], l'augmentation du nombre d'étudiant formés à la médecine et le recours aux médecins étrangers (Véran, 2013, p. 84). Nous constatons en effet que les premières mesures prises pour lutter contre les déserts médicaux ont d'abord cherché à jouer sur le volume de l'offre médicale, d'une

---

[1] L'étude comparative entre la France et l'Allemagne menée par Patrick Hassenteufel, François-Xavier Schweyer, Thomas Gerlinger et Renate Reiter permet en effet de constater que les gouvernements de ces deux pays ont identifié des solutions similaires. L'encadré 3 propose par ailleurs un aperçu des mesures au services du développement des soins primaires, déployées dans différents pays de l'OCDE.

[2] Alors que la loi du 18 août 1792 avait supprimé les facultés de médecine (rétablie sous le Directoire en 1795) et, ce faisant, l'obligation d'obtenir un diplôme pour exercer la médecine, le décret du 28 juin 1793 (relatif à l'organisation des secours aux enfants, aux vieillards et aux indigents) crée le corps des officiers de santé, qui peuvent exercer sans diplôme. Ces officiers de santé étaient chargés de « *visiter à domicile et gratuitement tous les individus secourus par la nation* » et de répondre aux besoins de soins des armées. Les médecins diplômés et les officiers de santé coexistent pendant le XIX[e] jusqu'à la loi Chevandier de 1792 qui reconnaît finalement le monopole des soins médicaux aux médecins diplômés et fait disparaître les officiers de santé.

part en réorganisant la formation universitaire pour rendre la médecine générale et l'exercice en médecine ambulatoire plus attractifs et, d'autre part, en incitant financièrement les médecins à s'installer sur certains territoires.

Concernant d'abord la formation médicale, le *numerus clausus* est relevé à partir du début des années 2000, augmentant le nombre de médecins diplômés chaque année. À la rentrée 2019, 9 361 étudiants entraient ainsi en deuxième année d'études de médecine[1], contre 6 200 à la rentrée 2005[2], ce qui représente une hausse de 51 %. Le *numerus clausus* sera finalement supprimé par la loi de transformation du système de santé de 2019. Parallèlement, une réforme de l'organisation du troisième cycle des études médicales intervenue en 2004[3] reconnaît la médecine générale comme une spécialité à part entière, en prévoyant qu'à l'issue de l'ECN (examen classant national) les étudiants aient accès à toutes les spécialités dont la médecine générale. Le contenu-même de la formation médicale évolue également et encourage notamment les futurs médecins à s'installer en ville : la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (dite loi HPST) de 2009[4] prévoit des stages en ambulatoire pendant l'internat, qui deviennent obligatoires avec le Pacte Territoire Santé de 2012[5]. (La loi de modernisation du système de santé de 2016[6] élargira le dispositif aux professionnels paramédicaux).

---

[1] Parmi eux, 8 832 ont passé la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) et les autres ont bénéficié de passerelles (étudiants ayant suivi d'autres cursus, étudiants étrangers, professionnels exerçant déjà une activité paramédicale). Source : site du ministère des Solidarités et de la Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/numerus-clausus-2020-429464, consulté le 03/08/2020.

[2] Arrêté du 20 janvier 2005 fixant le nombre d'étudiants de première année du premier cycle des études médicales autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2004-2005.

[3] Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

[4] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[5] Le Pacte Territoire Santé de 2012 proposait 12 engagements pour « *faire reculer les déserts médicaux* » en attirant les médecins dans les territoires (voir la présentation du Pacte Territoire Santé sur le site du gouvernement : https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015)

[6] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

En parallèle de cette revalorisation de la médecine générale et de l'exercice en ville, plusieurs textes de loi et conventions médicales[1] introduisent des incitations financières pour encourager les médecins à s'installer dans les zones moins bien dotées en offre médicale. La convention médicale de 2005 prévoit notamment une majoration de 20% des honoraires des médecins qui exercent en zones déficitaires. La même année, la loi relative au développement des territoires ruraux[2] permet aux collectivités territoriales de mettre en place des mesures pour attirer les médecins : indemnités de déplacement et de logement pour les étudiants en stage, mise à disposition de locaux, primes d'installation, exonérations de la taxe professionnelle pour les médecins s'installant en zone de revitalisation rurale ou dans un quartier prioritaire de la politique de la ville. Ajoutons que les élus ont parfois recours à d'autres solutions pour attirer des médecins sur leurs territoires, faisant appel pour certains à des agences de recrutement de médecins étrangers (Blondin, 2012 ; Chevillard, 2015 ; Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2009 ; Séchet et Vasilcu, 2012). La loi HPST de 2009 introduit par la suite le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), bourse versée aux étudiants en médecine qui acceptent de s'engager à exercer aux moins deux ans dans une zone déficitaire. La nouvelle convention médicale de 2011 introduit deux autres dispositifs incitatifs à l'installation, l'option démographie et l'option santé solidarité territoire, qui prennent la forme de rémunérations complémentaires pour les médecins qui s'engagent à exercer en zones moins bien dotées (ces deux dispositifs seront remplacés par quatre contrats avec la convention médicale de 2016 : le contrat d'aide à l'installation, le contrat de transition, le contrat de stabilisation et de coordination et le contrat de solidarité territoriale). Le Pacte Territoire Santé de 2012 continue de promouvoir le CESP et introduit un autre dispositif, celui des Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (PTMG), qui garantit des revenus minimums pendant deux ans aux médecins qui s'installent dans les zones identifiées comme prioritaires dans les SROS.

Cette priorité donnée aux mesures incitatives plutôt qu'à un système de régulation de l'installation des médecins s'explique par l'opposition forte des organisations médicales à toute mesure contraignante. À chaque fois que la question de la liberté d'installation des médecins a été soulevée, la puissance publique a en effet fait face à une levée de boucliers de l'ensemble

[1] Les conventions médicales successivement signées entre les syndicats de médecins et l'UNCAM (Union nationale des caisses d'Assurance Maladie) régissent les relations entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie.

[2] Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

des organisations médicales – notamment de jeunes médecins (Hassenteufel, 2019) – qui défendent collectivement ce principe fondateur de l'exercice libéral. Le rapport présenté par Dominique Polton en 2002 (Polton, 2002) ainsi que le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie de 2004 (HCAAM, 2004) questionnaient pourtant déjà le principe de la liberté d'installation. Le HCAAM préconisait notamment « *une régulation plus active de l'installation des professionnels libéraux* » et proposait de « *lier la question du conventionnement et celle de l'installation* » (HCAAM, 2004, p. 103-104). La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2007 pour l'année 2008[1] tentera par la suite d'introduire des restrictions à la liberté d'installation des médecins dans les zones les mieux dotées, mais la proposition sera retirée après un mois de manifestations très suivies par la profession médicale. En 2012, les médecins réussiront également à faire retirer le dispositif du « *contrat santé solidarité* » prévu par la loi HPST de 2009 qui obligeait les médecins exerçant en zones bien dotées à réaliser une partie de leur activité dans les territoires sous-dotés et à payer des pénalités s'ils s'y soustrayaient. La puissance publique a depuis renoncé à contraindre l'installation des médecins, malgré les propositions de certains parlementaires (en 2013, un rapport sur les déserts médicaux (Maurey, 2013) préconisait un conventionnement sélectif pour les médecins en fonction de la densité médicale, à l'instar d'autres professions comme les infirmiers ou les pharmaciens ; et en 2017, un amendement au projet de LFSS de 2017[2] proposait que le conventionnement avec l'Assurance Maladie soit conditionné au départ de médecins installés dans les zones sur-dotées en offre médicale). En 2016, le président du CNOM Patrick Bouet soutenait encore que « *la contrainte* [n'était] *pas une solution à la désertification* » car elle risquait de provoquer « *des pertes de vocations* » des médecins[3] et la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, déclarait elle-même à la télévision en 2017 que « *les expériences d'obligation* [s'étaient] *avérées être des échecs* » et que le gouvernement ne comptait pas obliger les médecins à s'installer dans les territoires[4]. Le cadrage en termes

[1] Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

[2] Amendement n°AS419.

[3] *Le Figaro*, 20 octobre 2016.

[4] France 3 Nouvelle Aquitaine, 13 octobre 2017, https://france3-regions.francetvinfo.fr/nouvelle-aquitaine/haute-vienne/deserts-medicaux-annonces-du-gouvernement-limousin-1346967.html, consulté le 01/08/2020.

d'attractivité des territoires est finalement un moyen d'éviter de désigner des « *coupables* » au problème des déserts médicaux, et en particulier pas les médecins.

Une réponse organisationnelle aux « *déserts médicaux* » : l'émergence des soins primaires

La loi HPST de 2009 marque un changement d'orientation de politique qui passe à la fois par une nouvelle organisation du système de santé et par l'introduction de nouveaux instruments au service du développement des soins primaires (voir encadré 1 sur les soins primaires).

La décentralisation du système de santé français est discutée depuis les années 1980, mais a d'abord fait l'objet de réticences, aussi bien au niveau de l'État qui s'inquiétait d'un potentiel renforcement des inégalités entre les régions, qu'au niveau des élus locaux qui craignaient de devenir seuls responsables face à la demande croissante des électeurs en matière de santé (Pierru, 2010). Un mouvement de régionalisation de l'administration sanitaire s'amorce toutefois dans les années 1990, notamment avec l'apparition des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS[1]) dont l'objet était de planifier l'implantation des hôpitaux et des cliniques à l'échelle régionale, ainsi que la création des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), des Agence Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et des Conférences Régionales de la Santé, avec le Plan Juppé de 1996[2]. La loi du 13 août 2004[3] créera par la suite les Groupement Régionaux de Santé Publique (GPRS), rassemblant sous l'autorité du préfet de région les services de l'État, de l'Assurance Maladie, de l'ARH et des collectivités territoriales volontaires, afin de mettre en place un Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Suivant la préconisation du rapport Bernier de 2008 de décloisonner les secteurs hospitalier, ambulatoire et médico-social (Bernier, 2008), la loi HPST de 2009 créera les Agences Régionales de Santé

---

[1] Introduit par la Loi n°1991-748 du 31 juillet 1991. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire complètent la carte sanitaire instaurée en 1970 et seront remplacés en 2011 par les schémas régionaux d'organisation des soins.

[2] Le plan annoncé le 15 novembre 1995 par le premier ministre Alain Juppé, dit Plan Juppé, sur les retraites et la sécurité sociale, donnera lieu à cinq ordonnances : deux ordonnances du 24 janvier 1996 (n°96-50 et 90-51) relatives au remboursement de la dette sociale et aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale et trois ordonnances du 24 avril 1996 (n°96-344, 96-345 et 96-346), relatives à l'organisation de la sécurité sociale, à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

[3] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(ARS), en remplacement des ARH, parachevant ce mouvement de régionalisation tout en élargissant les prérogatives de l'administration régionale[1]. Le mouvement de régionalisation du système de santé s'accompagne ainsi d'une tentative d'encadrement des soins de ville, qui étaient jusque-là réservés aux négociations entre les organisations professionnelles et les caisses d'Assurance Maladie.

La loi HPST de 2009 qui crée les ARS marque simultanément un changement d'orientation dans l'organisation du système de santé, en distinguant deux niveaux de recours aux soins pour les patients : les soins de premiers et de second recours. Les soins de premier recours – également désignés « *soins primaires* » (cf. encadré 1) – désignent les soins de première nécessité accessibles à tous les citoyens et recouvrent une large gamme de services de santé, de la promotion de la santé et la prévention, aux soins de suivi et de réadaptation, en passant par les soins curatifs. Les professionnels de soins primaires, au premier rang desquels les médecins généralistes, ont pour mission d'orienter les patients dans le système de santé et notamment vers les soins de seconds recours (ou de spécialités) ainsi que les professionnels ou services médico-sociaux. Cette nouvelle organisation du système de santé fait suite à plusieurs rapports internationaux (OMS, 1978; 2000; 2008) et nationaux (Bernier, 2008 ; Bur, 2008 ; Conférence Nationale de Santé, 2007 ; DHOS, ONDPS, 2008) qui font la promotion d'une nouvelle organisation des systèmes de santé autour des soins primaires, définis pour la première fois par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lors de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978. Les soins primaires y sont en effet considérés comme le moyen de répondre aux nouveaux enjeux sanitaires : inégalités d'accès aux soins, vieillissement de la population et recrudescence des pathologies chroniques, problème d'engorgement des hôpitaux et notamment des urgences, difficultés de coordination entre les acteurs de santé qui conduisent à des ruptures ou des doublons dans les parcours des patients entrainant des surcoûts et une baisse de qualité des prises en charge, etc. L'OMS fait par ailleurs des gouvernements nationaux les garants de l'accès aux soins primaires et de l'état de santé des populations en déclarant « *la nécessité d'une*

[1] Plusieurs analystes du système de santé considèrent cependant que cette apparente décentralisation du système de santé français masque en réalité un renforcement de la présence de l'État au niveau régional, par l'introduction d'agences dont les compétences se bornent à mettre en œuvre la politique nationale en l'adaptant au niveau local, dans une logique de déconcentration (Benamouzig et Pierru, 2009 ; Bras, 2009 ; Pierru, 2010 ; Tabuteau, 2013). De plus, si les ARS ont une compétence de régulation sur les établissements de santé, l'Assurance Maladie est seule dans les négociations avec les organisations représentatives des professionnels libéraux de ville, marquant la dualité du système de santé français entre, d'un côté, l'État et ses services déconcentrés et, de l'autre, l'Assurance Maladie (Pierru, 2012b).

action urgente de tous les gouvernements, *de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde* » (OMS, 1978). Au-delà de cette définition conceptuelle des soins primaires, porteuse d'une « *ambition de justice sociale* » (Bourgueil, Jusot et Leleu, 2012), les soins primaires renvoient à de nouveaux principes d'organisation des systèmes de santé, en matière d'accessibilité pour les patients, de coordination entre professionnels, de suivi des patients et d'articulation entre la prévention, les soins curatifs et les soins de suivi (Starfield, 1994). Nous détaillons ces différents éléments dans l'encadré 1, ci-dessous.

Encadré 1 – Les soins primaires : définition, principes d'organisation et mise en œuvre dans les pays de l'OCDE

Définition conceptuelle et opérationnelle des soins primaires :

Dans les textes politiques et administratifs comme dans les discours des personnes rencontrées dans le cadre de cette enquête, les expressions « *soins de premiers recours* » et « *soins primaires* » sont utilisées de manière équivalente. La documentation internationale (et notamment les publications de l'Organisation Mondiale de la Santé) ainsi que la littérature académique étrangère parlent de « *primary care* » (ou « *primary health care* ») et s'alignent derrière la définition donnée par l'OMS en 1978, lors de la conférence d'Alma Ata : « *Les soins primaires sont des soins de santé essentiels* (...) *rendus universellement accessibles à tous les individus de la communauté* (...) *à un coût que la communauté et le pays puissent assumer*. (...) *Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire* » (Titre IV). Cette déclaration précise l'éventail des services de santé que recouvrent les soins primaires : « *Les soins primaires visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires* » ; et identifie les professionnels investis : « *médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels, tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité* » (Titre VII) (OMS, 1978).

Marcos Cueto, Theodore Brown et Elizabeth Fee (Cueto, 2004 ; Cueto, Brown et Fee, 2019), historiens de la santé qui ont en particulier étudié l'OMS, remarquent que le concept des soins primaires a émergé dès les années 1960 (en s'inspirant notamment des réflexions et expériences des organisations non-gouvernementales, religieuses et missionnaires dans les pays en développement), en réaction à l'approche « *verticale* » de la santé alors répandue dans les pays développés, qui privilégiait des programmes sur des pathologies très spécifiques et l'innovation technologique et prenait peu en compte l'ensemble des besoins de santé de base (« *basic health needs* »). Ces auteurs remarquent ainsi que la déclaration d'Alma-Ata repose sur trois idées clefs : 1) l'objectif de la « *technologie appropriée* » (au lieu des technologies orientées vers des pathologies très spécifiques qui peuvent être coûteuses et non adaptées aux besoins de base des populations) ; 2) l'opposition à l'« *élitisme médical* » et à l'hyperspécialisation des professionnels (préconisant de se reposer sur différents personnels de santé, les agents de la communauté ainsi que les guérisseurs traditionnels dans certains pays) et 3) une conception de la santé comme un outil pour améliorer les conditions de vie et le développement socio-économique des populations. Si l'ensemble des pays membres de l'OMS ont accueilli de manière positive la déclaration sur les soins primaires d'Alma-Ata, les auteurs constatent que ce nouveau concept a fait l'objet de critiques : la définition des soins primaires est considérée comme trop large et « *idéaliste* » pour être opérationnelle et les moyens de financement pour développer les soins primaires ne sont pas clairement identifiés. Cela participe à expliquer selon eux l'investissement limité des gouvernements dans le développement pratique des soins primaires. Une conception alternative des soins primaires a rapidement vu le jour et a obtenu le soutien financier de quelques donateurs privés et d'agences gouvernementales : les soins primaires sélectifs (« *selective primary health care* »). Ces derniers renvoient à un ensemble d'interventions plus pragmatiques et moins onéreuses, désignées par l'acronyme GOBI-FFF (pour « *Growth monitoring of*

infants », « *Oral rehydratation techniques to control infants diarrheal diseases* », « *Breastfeeding* », « *Immunization* » - notamment à travers la vaccination des enfants – et « *Food supplementation* », « *Female literacy* », « *Family planning* »).

Barbara Starfield, du centre de recherche sur les soins primaires de l'Université Johns Hopkins aux États-Unis, proposera une définition opérationnelle des soins primaires dans les années 1990, autour de quatre principes (Starfield, 1994) :

- Porte d'entrée dans le système de santé (« *first contact* » pour Barbara Starfield) : les soins primaires sont le premier point de contact de la population avec le système de santé, ce qui implique que les professionnels de soins primaires adressent les patients aux autres acteurs du système de santé si nécessaire.
- Large éventail de services (« *comprehensiveness* ») : les soins primaires doivent permettre de répondre à l'ensemble des besoins de santé de la population (et non seulement aux pathologies aigües et spécifiques) et recouvrent ainsi la promotion de la santé, la prévention, les soins curatifs, le suivi et la rééducation.
- Prise en charge centrée sur le patient sur le long terme (« *longitudinality* ») : les soins primaires doivent permettre de suivre les patients tout au long de leurs parcours de santé.
- Coordination : le suivi du patient sur le long terme implique une coordination entre les acteurs de soins primaires.

Selon les chercheurs de l'Université Johns Hopkins, dont les travaux sont très souvent cités dans la littérature grise et académique qui porte sur les soins primaires, le développement des soins primaires permet d'atteindre plusieurs objectifs au centre des préoccupations des gouvernements : l'amélioration du niveau de santé des populations, le contrôle du niveau des dépenses de santé et la diminution des prescriptions médicamenteuses (Macinko, Starfield et Shi, 2003 ; Starfield, 1994 ; Starfield et Shi, 2002).

Entrée des soins primaires dans la loi française :

La définition des soins primaires en France (désignés en l'occurrence « *soins de premier recours* ») intervient avec la loi HPST de 2009 (article 36), qui reprend ces différents principes d'organisation :

« *L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. Ces soins comprennent :*

1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4° L'éducation pour la santé. »

Développement des soins primaires dans les pays de l'OCDE :

Les chercheurs de l'Université Johns Hopkins constataient des niveaux de développement différents des soins primaires entre pays de l'OCDE au début des années 2000, avec des conséquences sur l'état de santé des populations et le niveau des dépenses de santé. Une étude sur 18 pays de l'OCDE sur une période de 1970 à 1998 montre que les pays où les soins primaires étaient le plus développés (Royaume-Uni, Danemark, Norvège, Finlande, Suède, Pays-Bas, Italie, Espagne, Australie, Canada) avaient de meilleurs résultats en matière de mortalité prématurée liée à des maladies chroniques et de dépenses de santé par habitant que les pays où les soins primaires étaient moins développés (Allemagne, Belgique, France, Suisse, Grèce, Portugal, États-Unis, Japon) (Macinko, Starfield et Shi, 2003).

L'OCDE confirmait récemment que « *des systèmes solides de soins primaires* » permettaient de garder les individus en bonne santé en traitant les cas simples et en évitant certaines admissions hospitalières (OCDE, 2019, p. 10)

En France, plusieurs mesures seront mises au service de ce nouveau paradigme des soins primaires à partir du milieu des années 2000, certaines faisant peser le poids de la réorganisation

sur les patients et d'autres sur les professionnels de santé libéraux du secteur ambulatoire. La loi du 13 août 2004 introduit d'abord un mécanisme de régulation de l'accès au système de santé avec le « *médecin traitant* ». Ce dispositif touche au principe de liberté de choix du patient, puisque celui-ci est nouvellement contraint de déclarer un médecin traitant, généraliste ou spécialiste, et de passer par lui avant d'aller consulter un spécialiste pour bénéficier des remboursements de l'Assurance Maladie[1]. Le médecin traitant acquiert ce faisant un nouveau rôle de régulation de l'accès aux soins et d'orientation qui existait déjà dans les systèmes nationaux de santé, notamment l'Angleterre, qui ont introduit très tôt un système de porte d'entrée ou « *gatekeeping* » (Dourgnon et Naiditch, 2009 ; Reibling et Wendt, 2012). En 2006, 77% des Français avaient déclaré un médecin traitant à la Sécurité Sociale (Assurance Maladie, 2006).

D'autres dispositifs ciblent parallèlement les pratiques et l'organisation des professionnels de santé libéraux et avant tout des médecins, dans une logique encore une fois incitative et non coercitive, comme pour l'installation. Le paiement à la performance des médecins libéraux se développe à partir de 2009 avec l'introduction du CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles). Ce contrat est passé volontairement entre chaque médecin libéral et la CNAM et prévoit des rémunérations forfaitaires conditionnées par le respect de différents indicateurs relatifs à la qualité des prises en charge (notamment des pathologies chroniques) et à la prescription médicamenteuse (en encourageant la prescription des médicaments génériques). Le CAPI sera remplacé par la ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) en 2012. Matthias Brunn montre que ces dispositifs, qui rompent avec le principe du paiement à l'acte hérité de la charte de la médecine libérale de 1927 (cf. encadré 5, plus loin), ont bénéficié d'un « *acquiescement tacite* » des médecins libéraux car ils n'étaient pas contraignants et permettaient des gains sans risque de pertes (Brunn, 2020, p. 231). En atteste l'enrôlement important des médecins généralistes (14 mois après l'introduction du CAPI, 14 800 contrats avaient été signés volontairement par les médecins, soit un tiers des professionnels alors éligibles au dispositif (Assurance Maladie, 2010)).

En parallèle de cette évolution des modalités de rémunération des médecins libéraux, plusieurs rapports publics du début des années 2000 recommandent un nouveau modèle

---

[1] Ce dispositif remplace celui du « *médecin référent* » introduit en 1997, qui a connu un très faible succès et fait l'objet d'une opposition des médecins spécialistes (cf. paragraphe B.2. de ce chapitre).

d'exercice collectif et coordonné entre professionnels médicaux et paramédicaux, considéré comme le moyen d'améliorer à la fois les conditions d'exercice pour les professionnels et l'accessibilité et la qualité des soins pour les patients. Le rapport présenté par le professeur Yvon Berland en 2002 sur la démographie des professionnels de santé (que nous avons déjà évoqué) préconise notamment le regroupement des professionnels dans des « *maisons de soins* », considérées comme un moyen de mutualiser les charges administratives entre professionnels, de mieux assurer la continuité et la permanence des soins entre médecins et de mieux répondre aux urgences sociales (Berland et Gausseron, 2002). Le second rapport qu'il présente en 2003 identifie quant à lui les délégations de tâches des médecins généralistes vers les professionnels paramédicaux comme un moyen de faire face à la diminution de la démographie médicale en s'appuyant sur les compétences des autres professionnels disponibles sur le territoire. Et il considère les structures pluriprofessionnelles comme un moyen de favoriser cette réorganisation des prises en charge : « *La délégation, pour être efficace et efficiente, doit impérativement s'appuyer sur une collaboration étroite entre les différents acteurs. Cette collaboration passe par une seule unité d'exercice, géographique ou virtuelle des différents intervenants qui devront être regroupés au sein de structures pluridisciplinaires.* » (Berland, 2003, p. 46). De la même manière, le rapport présenté par le sénateur Jean-Marc Juilhard en 2007 considère que le regroupement dans des « *maisons de santé* » est susceptible d'améliorer l'organisation des prises en charge et constitue « *une solution appropriée au manque d'attractivité de certains territoires* » (Juilhard, 2007, p. 4). Les rapporteurs formulent deux propositions pour développer ce type de structures : créer un « *label* » maison de santé, et expérimenter un contrat permettant de rémunérer les professionnels libéraux qui se coordonnent et qui acceptent de développer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique (le paiement à l'acte ne permettant pas de valoriser ces activités). Un autre rapport présenté par Yves Bur en 2008 défend également l'idée d'un dispositif contractuel proposant aux professionnels libéraux de ville des rémunérations forfaitaires « *en contrepartie d'inflexions de leurs pratiques* » et notamment du développement d'activités de santé publique (Bur, 2008, p. 85). Ces différents rapports publics voient ainsi dans l'exercice pluriprofessionnel un moyen de répondre simultanément aux différents problèmes identifiés par la puissance publique et rappelés par Marine Ray, Yann Bourgueil et Claude Sicotte (Ray, Bourgueil et Sicotte, 2020) : les difficultés d'accès aux soins médicaux (ces structures étant susceptibles d'attirer de jeunes médecins), la « *fragmentation* » de l'offre

de soins (dans la mesure où elles facilitent la coordination entre les professionnels et participent ainsi à améliorer la continuité, l'efficience et la qualité des soins) ainsi que le faible développement des actions de prévention et d'éducation thérapeutique dans un système de santé essentiellement curatif (dans la mesure où ces actions peuvent être rémunérées).

Ces rapports inspireront la LFSS de 2007 et la loi HPST de 2009, qui prévoient les modalités pratiques du développement de l'exercice pluriprofessionnel. La LFSS de 2007 marque en effet une étape importante dans l'évolution des modes de rémunération des professionnels libéraux, son article 44 introduisant l'Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) pour dédommager les activités de coordination entre professionnels ainsi que des actions de prévention et d'éducation thérapeutique. Elle définit par ailleurs pour la première fois les MSP, inscrites au Code de la santé publique à l'article L. 6323-3 : ces structures rassemblent des professionnels médicaux et paramédicaux qui assurent des activités de soins de premier recours (et de second recours dans le cas où des médecins spécialistes sont associés au projet) et participent à des actions de prévention, d'éducation thérapeutique ou encore à des actions sociales. La loi HPST de 2009 définit ensuite les pôles de santé[1] et précise les engagements des professionnels libéraux qui décident d'exercer en MSP ou en pôles, prévoyant que ceux-ci transmettent à l'ARS un projet de santé « *témoignant d'un exercice coordonné* » et qui soit « *conforme aux orientations des SROS* ». Une circulaire de la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS) fournira l'année suivante un cahier des charges pour les MSP[2] qui souhaitent obtenir la validation de leur projet de santé par l'ARS. La loi HPST pose également les bases de la formalisation de la coordination entre professionnels libéraux, en reconnaissant le médecin généraliste comme le pivot des soins primaires qui oriente les patients dans le système de santé et s'assure de la coordination des soins (article 36), et en faisant sortir

---

[1] Les pôles de santé sont des regroupements de professionnels de santé qui partagent la plupart des caractéristiques des maisons (ils regroupent des professionnels autour d'un projet de santé commun, qui assurent des soins de premier recours et éventuellement de second recours) mais dont les professionnels exercent sur plusieurs sites. Les pôles de santé peuvent regrouper des professionnels mais aussi des structures de soins (maisons, centres de santé, réseaux, établissements de santé ou médico-sociaux). Ils sont intégrés au Code de la santé publique à l'article L. 6323-4.

[2] Circulaire DGOS/PF3/CdC MSP du 27 juillet 2010 relative au lancement du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural et au cahier des charges des maisons de santé pluriprofessionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier.

la coopération du cadre expérimental avec l'introduction des protocoles de soins qui permettent une nouvelle répartition des tâches entre professionnels médicaux et paramédicaux (article 51).

Après 2009, les gouvernements successifs continueront à puiser dans le même répertoire d'instruments et à préférer les mesures incitatives. Les candidats à l'élection présidentielle de 2017 seront notamment nombreux à défendre le relèvement (voir la suppression) du *numerus clausus*, les incitations financières à l'installation pour les médecins et le développement des MSP, et rares sont ceux qui se risqueront à proposer une obligation à exercer dans les territoires sous-dotés (voir encadré 2 ci-dessous). En 2019, le premier ministre Édouard Philippe déclarait encore que les maisons de santé devaient devenir « *la norme* » afin de « *combattre la désertification médicale* », précisant toutefois qu'il ne s'agissait pas de les rendre obligatoires[1]. Depuis sa mise à l'agenda politique dans les années 2000, le problème des déserts médicaux et la solution MSP se placent ainsi au-dessus des débats partisans et fédèrent les politiques de droite comme de gauche. Notons, pour finir, que les instruments au service du développement des soins primaires et notamment de l'exercice collectif pluriprofessionnel ne sont pas propres à la France et que nous observons une convergence des mesures prises dans les différents modèles de systèmes de santé (voir encadré 3).

[1] *Ouest France*, 11/02/2019 (voir introduction).

Encadré 2 – Les déserts médicaux dans la campagne présidentielle de 2017

Les termes « *déserts médicaux* » ou « *désertification* » apparaissent directement dans les programmes de campagne de 9 candidats sur 11 à l'élection présidentielle de 2017. Seuls deux candidats n'y font pas explicitement référence mais proposent toutefois, comme leurs concurrents, des mesures ayant pour objectif de faciliter l'accès aux soins. Tous les candidats puisent dans le même répertoire d'instruments que nous avons identifiés.

Candidat	Référence directe aux « *déserts médicaux* »	Instruments envisagés pour y répondre
Nathalie Arthaud Lutte ouvrière	Non (mais préoccupation de l'accès aux soins)	- Suppression du *numerus clausus*
François Asselineau Union Populaire Républicaine	Oui	- Relèvement du *numerus clausus*
Jacques Cheminade Solidarité et Progrès	Oui	- Rétablissement d'une carte hospitalière (pas de mesure concernant la médecine de ville)
Nicolas Dupont-Aignan Debout La France	Oui	- Relèvement du *numerus clausus* - Développement des téléconsultations - **Financement des MSP** - Diminution des cotisations des médecins dans les zones sous-dotées
François Fillon Les Républicains	Oui	- Régionalisation du *numerus clausus* - **Développement des « *maisons médicales* » et des « *structures d'urgences pour les premiers soins* »**
Benoît Hamont Parti Socialiste	Oui	- Implantation de médecins fonctionnaires - Soutien financier à l'installation dans les zones sous-dotées - **Création de 1 500 MSP**
Jean Lasalle Résistons !	Non	- Territorialisation du *numerus clausus* - Obligation d'exercer quelques années dans les zones sous-dotées
Marine Le Pen Front National	Oui	- Stages obligatoires dans les zones sous-dotées - Recours à des médecins retraités - **Développement des MSP**
Emmanuel Macron En Marche !	Oui	- Relèvement du *numerus clausus* - **Doublement du nombre de MSP**
Jean-Luc Mélenchon La France Insoumise	Oui	- Implantation de médecins fonctionnaires
Philippe Poutou Nouveau Parti Anticapitaliste	Non	- Obligation d'exercer quelques années dans les zones sous-dotées - Création de centres de santé publics gratuits

Sources : Croisement des programmes de campagne des différents candidats à l'élection présidentielle de 2017 et d'articles de presse (*Le Monde*, « Présidentielle 2017 : candidats, programmes, sondages… tout ce qu'il faut savoir », 15/04/2017 ; *L'Express*, « Les programmes des candidats à la présidentielle 2017 » compilation d'articles, avril 2017 ; *L'Ainpact*, « Vers une fin programmée des déserts médicaux ? », 06/04/2017)

Encadré 3 – Une convergence des différents systèmes de santé vers les soins primaires

Différents modèles de systèmes de santé :
Les typologies de référence sur les systèmes de santé distinguent traditionnellement trois grands types de systèmes selon leur principale source de financement et le rôle de l'État : les systèmes nationaux de santé, les systèmes d'assurance sociale (également qualifiés de systèmes corporatistes ou bismarckiens) et les systèmes libéraux ou de marché (Field, 1973 ; Frenk et Donabedian, 1987 ; Hassenteufel et Palier, 2007 ; OECD, 1987 ; Palier, 2004 ; Wendt, 2009). Dans son ouvrage de synthèse sur les réformes des systèmes de santé, Bruno Palier (Palier, 2004) identifie notamment les caractéristiques principales permettant de les distinguer :

- **Les systèmes nationaux de santé** (parmi lesquels la Grande-Bretagne, la Suède, la Norvège, le Danemark, l'Ireland, l'Italie et les systèmes nationaux plus récemment développés que sont la Finlande, l'Espagne et le Portugal) sont caractérisés par l'universalité de leur couverture maladie, une offre de soins publique c'est-à-dire organisée par l'État et principalement financée par l'impôt, une forte régulation de l'accès aux soins à travers un système de porte d'entrée ou de « *gatekeeping* », et un développement important de la prévention. Ils peuvent être centralisés (comme la Grande-Bretagne) ou décentralisés (comme dans les pays nordiques ainsi qu'en Espagne et en Italie).
- **Les systèmes assurantiels et corporatistes** (parmi lesquels l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Japon mais aussi la France, bien que cette classification fasse l'objet de discussions, voir *infra*) sont caractérisés par une offre de soins en partie privée (notamment les soins ambulatoires et une partie des soins hospitaliers) qui est régulée par la négociation entre les caisses d'assurance maladie et les représentants de la profession médicale et financée par les cotisations sociales des assurés, la liberté de choix des patients et ainsi un accès peu régulé aux soins, et un développement de la prévention variable (comparativement moins développé en France notamment). Ils peuvent êtres centralisés (comme la France) ou décentralisés (comme l'Allemagne).
- **Les systèmes libéraux** (dont les États-Unis sont le principal exemple, mais certains pays d'Amérique latine ou d'Europe centrale partagent ces caractéristiques) reposent quant à eux sur une offre principalement privée c'est à dire régulée par le marché et financée par les patients (un système public, résiduel, prend toutefois en charge les grandes urgences ainsi que les personnes âgées et invalides et les plus pauvres).

Une orientation commune vers les soins primaires
Malgré ces différences historiques, les observateurs des systèmes de santé notent le développement de mesures communes au service du développement des soins primaires (voir notamment Bourgueil et al., 2009) : notamment une généralisation des mécanismes de *gatekeeping* (Dourgnon et Naiditch, 2009 ; Reibling et Wendt, 2012), le développement de la mixité des modes de rémunérations (où s'articulent une part de paiement à l'acte, une part de paiement à la capitation c'est à dire en fonction du nombre de patients consultant dans le cabinet ou la structure, et une part salariale) et du paiement à la performance, ainsi que le développement de la coordination pluriprofessionnelle. Celle-ci passe notamment par des programme de *diseases management* pour la prise en charge des pathologies chroniques et le développement de l'exercice collectif regroupé, historiquement plus développé dans les système nationaux de santé (*Primary Care Trusts* en Grande-Bretagne ; *Primary Care Networks* et C*ommunity Health Centers* dans les provinces canadiennes d'Alberta et d'Ontario et Groupes de Médecins de Famille au Québec ; centres de santé en Suède, en Finlande et en Catalogne, mais aussi dans les *Patient-Centered Medical Homes* aux États-Unis).
Ces évolutions ainsi que l'intervention croissante de l'État dans la régulation des soins dans ces différents pays, poussent certains auteurs à parler de convergence des systèmes de santé, notamment des systèmes nationaux et d'assurance sociale (Frenk et Donabedian, 1987 ; Hassenteufel et Palier, 2007 ; Rothgang et al., 2005).

3) Les MSP, un instrument contractuel susceptible d'encadrer l'exercice libéral

Il n'est pas étonnant que les trois premières catégories d'instruments aient recueillies l'accord des professionnels libéraux et notamment des médecins généralistes : les incitations à l'installation n'ont pas remis en cause le principe de liberté d'installation, l'évolution de la formation médicale a permis une revalorisation de la médecine générale, tout comme la réorganisation du système de santé en niveaux de recours qui a fait des soins primaires et notamment de la médecine de ville la porte d'entrée du système de santé. L'exercice collectif pluriprofessionnel en MSP s'inscrit, en revanche, dans un encadrement grandissant de la médecine ambulatoire et pose la question de son acceptabilité par les professionnels libéraux.

Un exercice libéral sous contrat

La circulaire de la DGOS de 2010, qui propose un cahier des charges pour les MSP qui souhaitent obtenir la validation de leur projet de santé par l'ARS, pose les bases d'une nouvelle relation contractuelle entre les professionnels libéraux des MSP et l'ARS, qui permet l'obtention des NMR. En disposant que « *seules les structures pluriprofessionnelles ayant élaboré un projet de santé peuvent se prévaloir de la dénomination de « maisons de santé » et bénéficier, sous réserve d'une contractualisation avec l'agence régionale de santé, des financements versés par l'ARS* », cette circulaire met en effet à exécution les recommandations du rapport Juilhard de 2007 de créer un « *label* » MSP et d'expérimenter une nouvelle forme de contrat avec les professionnels libéraux.

À un premier niveau, une équipe pluriprofessionnelle peut donc être *labellisée* MSP par l'ARS[1], à condition qu'elle respecte ce cahier des charges. Celui-ci impose que la MSP regroupe au minimum deux médecins et un professionnel paramédical et soit implantée dans un territoire où *« l'offre de soins nécessite d'être confortée au regard de la démographie médicale, des projets existants, de l'offre de soins adjacente et des modalités de recours aux*

[1] Il s'agit plus précisément, d'un comité de sélection au niveau de chaque région qui associe l'ARS et les préfets de départements, en concertation avec le Conseil régional et les conseils départementaux qui peuvent être financeurs, ainsi que des représentants de professionnels (par l'intermédiaire des URPS). Ces comités peuvent également être élargis à des élus locaux (maires et présidents d'EPCI).

soins de la population[1] ». Le cahier des charges prévoit également que les professionnels élaborent un « *projet de santé* ». Ce document doit contenir un diagnostic des besoins du territoire (au regard de l'offre de santé déjà présente et des besoins de santé de la population) et le projet de santé à proprement parler. Celui-ci doit préciser les types de services de santé qui seront proposés dans la structure (professionnels présents, types de prises en charge, actions « *innovantes* » envisagées en matière de prévention ou d'éducation thérapeutique...), les activités de formation (Développement Professionnel Continu[2], accueil d'étudiants en stage) et les éventuelles activités de recherches en lien avec des professionnels universitaires, ainsi que leur future organisation (horaires, modalités de prises de rendez-vous, outils de coordination entre professionnels de la future MSP et avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux du territoire). Au-delà de la reconnaissance par l'ARS, le respect de ce cahier des charges permet aux professionnels de constituer des dossiers des demandes de financements auprès des collectivités territoriales (communes et EPCI à fiscalité propre[3], départements, régions) pour l'investissement dans la construction ou la rénovation du bâtiment ainsi que pour l'investissement dans le mobilier et le matériel médical. Notons par ailleurs que les ARS peuvent octroyer une aide financière aux professionnels pour réaliser le diagnostic des besoins de santé et élaborer leur projet de santé, ainsi que pour l'acquisition du système d'information (au titre du Fonds d'intervention régional, FIR).

À un second niveau, une fois le projet de santé validé par l'ARS et la MSP en fonctionnement, les professionnels peuvent percevoir de nouvelles rémunérations pour les aider dans la mise en œuvre de leur projet de santé. Le cahier des charges des MSP prévoit en effet qu'une structure dont le projet de santé a été validé par l'ARS puisse postuler pour participer à l'ENMR (Expérimentation des NMR, prévue à l'article 44 de la LFSS de 2007[4]). Ces

[1] Circulaire DGOS/PF3/CdC MSP du 27 juillet 2010, p.4. L'article L. 1434-7 du Code de la santé publique, en application de la LFSS du 17 décembre 2012, établira par la suite un système de zonage visant à mieux répartir les MSP ainsi que les centres de santé selon les territoires identifiés par les ARS dans leurs schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

[2] Le Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif de formation introduit par la loi HPST de 2009 (qui a remplacé le dispositif précédent de la Formation Professionnelle Continue, FPC). Le DPC est une obligation pour chaque professionnel et a pour objectifs l'évaluation et l'amélioration des pratiques ainsi que l'actualisation des connaissances et des compétences.

[3] Structures intercommunales qui disposent du droit de prélever l'impôt, e.g. communautés de communes, communautés d'agglomération, communautés urbaines et métropoles.

[4] Les centres de santé salariés peuvent également participer à l'ENMR.

rémunérations, qui s'ajoutent au paiement à l'acte des professionnels de santé libéraux, ont été pensées pour rémunérer les nouvelles tâches administratives et de coordination incombant aux professionnels du fait de l'exercice regroupé et coordonné ainsi que le temps dédié aux nouvelles activités de prévention ou d'éducation thérapeutique. Jusqu'à 2015, les NMR ont été versés de manière expérimentale à certaines structures sélectionnées par chaque ARS au niveau régional. L'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé en 2017[1] entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et plusieurs organisations professionnelles, fera rentrer les NMR dans le cadre conventionnel avec l'Assurance Maladie (la signature de cet accord a toutefois été précédée de deux années pendant lesquelles les organisations professionnelles et les autorités publiques ne sont pas parvenues à trouver d'accord sur le fonctionnement et le calcul de ces nouvelles rémunérations et ont accepté, à défaut, de passer un Règlement Arbitral[2], voir encadré 4). L'ACI a fixé un certain nombre de critères dont le respect conditionne et module le montant des NMR versés à chaque structure. Ces critères reprennent ceux esquissés dans le cahier des charges de la DGOS, en les précisant et en les assortissant de certains indicateurs chiffrés. Certains sont obligatoires (dits « *critères socles* »), c'est-à-dire que leur respect conditionne le versement des NMR, alors que d'autres sont « *optionnels* », c'est-à-dire que leur respect permet aux professionnels (qui remplissent déjà les critères obligatoires) de percevoir un niveau plus élevé de rémunérations[3]. Ces critères touchent à la fois à l'organisation des soins (i) et au type de soins et de services proposés par les professionnels (ii). Notons toutefois que les critères obligatoires ne concernent que l'organisation des soins :

i. **Organisation des soins** : Le cahier des charges des MSP ainsi que l'ACI introduisent de nouvelles obligations en matière d'accès aux soins et de coordination entre professionnels, inédites dans le secteur ambulatoire libéral.

---

[1] Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, signé le 20 avril 2017 (https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf, consulté le 09/09/2020).

[2] Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.

[3] Précisons que les professionnels que nous avons rencontrés sur le terrain soulignent que les NMR perçus n'induisent pas une augmentation de leurs revenus mais permettent, au mieux, de compenser la perte de revenus associée à d'autres activités qu'aux soins. L'Irdes rapporte également que les professionnels de santé estiment que ces rémunérations ne compensent pas le « *travail important* » impliqué par les nouvelles activités gestionnaires et de coordination (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014a).

Les obligations d'accès aux soins ne concernent que les médecins[1] : premièrement, alors que les médecins libéraux sont libres de décider de leur volume horaire de travail, l'ACI impose des horaires d'ouverture (de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi) pendant lesquels les patients doivent pouvoir accéder à un médecin généraliste de la structure ; deuxièmement, les médecins doivent s'organiser pour assurer une continuité de l'offre de soins, autrement dit pour qu'il y ait toujours un médecin accessible dans la MSP pendant ces horaires ; troisièmement, alors que les médecins proposent aujourd'hui en majorité leurs consultations sur rendez-vous et traitent des demandes urgentes en adaptant leur planning au cas par cas, l'ACI impose un accès quotidien à des soins non programmés (i.e. sans prises de rendez-vous préalable)[2]. Concernant la coordination des soins entre professionnels, le cahier des charges et l'ACI[3] prévoient de nouveaux outils et procédures, pour certains assortis d'indicateurs chiffrés : les professionnels signataires de l'ACI sont tenus d'élaborer des protocoles de soins pluriprofessionnels qui définissent les moments d'intervention et la répartition des tâches entre professionnels au cours de certaines prises en charge[4] ; d'organiser un minimum de six réunions de concertation pluriprofessionnelle par an rassemblant les différents professionnels de la structure ; de choisir un système d'information unique pour partager des informations dans les dossiers des patients (alors qu'ils avaient auparavant différents logiciels métiers)[5] ; et enfin d'identifier une personne en tant que coordinateur de la MSP, dont la fonction recouvre aussi bien des activités logistiques et administratives (organisation des réunions, mise en forme de documents comme les protocoles, gestion du personnel de ménage ou de secrétariat, etc.) que politiques (relations avec l'ARS et la CPAM, relations avec

[1] Article 3.1. de l'ACI, « *Les indicateurs relatifs à l'accès aux soins* ».

[2] L'objectif est notamment d'éviter un recours non approprié aux urgences hospitalières.

[3] Article 3.2. de l'ACI, « *Les indicateurs relatifs à la qualité et à la coordination des soins* » et article 3.3., « *Les indicateurs relatifs au système d'information* ».

[4] Ces protocoles doivent être choisis dans une liste de sept protocoles validés par la HAS (Haute Autorité en Santé) au niveau national : bronchiolite du nourrisson ; amélioration de la couverture vaccinale ; amélioration du suivi et de l'autonomisation du patient atteint de diabète de type 2 ; gestion quotidienne des anticoagulants (AVK) ; lombalgies chroniques ; plaies chroniques et ulcères de jambe ; hypertension artérielle (HTA). Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours). Dans le cas où des professionnels souhaiteraient en développer d'autres, ceux-ci doivent être validés au cas par cas par l'ARS compétente et transmis à la HAS.

[5] Le logiciel doit être choisi parmi une liste de logiciels labellisés par l'ANS (Agence du Numérique en Santé), qui doivent intégrer un certain nombre de fonctionnalités permettant non seulement la coordination pluriprofessionnelle (gestion des protocoles de soins et des réunions de concertation, accès des différents professionnels aux dossiers des patients, etc.), mais aussi répondre aux besoins relatifs à l'exercice de chaque professionnel (notamment la gestion de l'agenda individuel et de la facturation des consultations). Le logiciel doit par ailleurs permettre un suivi de l'activité globale de la structure pour que les professionnels puissent fournir des données à l'ARS et à la CPAM (nombre de consultations, nombre de cas de patients traités en réunions de concertation, nombre de patients ayant déclaré l'un des médecins de la structure comme médecin traitant, etc.).

les collectivités territoriales dans les cas où elles sont propriétaires des locaux, représentation de la MSP...). D'autres actions considérées comme participant au travail en équipe et à la coordination sont préconisées par l'ACI, mais à titre optionnel (en matière de formation et de coordination avec des acteurs extérieurs à la MSP).

ii. **Types de services proposés à la population :** Les professionnels des MSP ont les mêmes obligations et compétences légales que leurs confrères qui n'exercent pas dans ces structures, définies par le Code de la santé publique. Le cahier des charges impose toutefois que les soins offerts dans la structure et présentés dans le projet de santé correspondent aux priorités de santé régionales identifiées par l'ARS dans son Projet Régional de Santé (PRS). L'ACI prévoit par ailleurs que les professionnels puissent diversifier leur offre de soins et être rémunérés par les NMR pour ce faire : ils peuvent enrichir l'offre de soins par l'intégration dans l'équipe de différents médecins spécialistes, de professionnels paramédicaux et de pharmaciens ; ils peuvent également développer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique[1] (une liste d'actions, appelées « *missions de santé publique* » est proposée en annexe de l'ACI[2]). Cette diversification de l'offre de soins fait l'objet de critères optionnels de l'ACI : elle permet ainsi d'obtenir un volume plus important de NMR en fonction des actions mises en place et du nombre de professionnels impliqués, mais ne conditionne pas l'obtention des NMR.

La CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et l'ARS sont chargées de vérifier l'éligibilité des MSP au regard des critères définis par l'ACI et de contrôler annuellement le respect de ces engagements par les professionnels qui conditionne la reconduction des rémunérations (nous analyserons dans le chapitre 2 la forme que prend ce contrôle par les autorités sanitaires). Le montant des NMR est modulé en fonction de la patientèle de la MSP (définie par le nombre de patients ayant déclaré comme médecin traitant l'un des médecins associés à la structure[3]). Ces rémunérations sont touchées collectivement par la MSP et non individuellement par les professionnels. Précisons enfin que, pour être éligibles à l'ACI et aux NMR, les professionnels de la MSP doivent s'être constitués en SISA (Société

[1] Pour ces nouvelles activités, voir notamment le travail de Cécile Fournier (Fournier, 2015).

[2] L'annexe 2 de l'ACI liste les actions (nommées « *missions de santé publique* ») parmi lesquelles les professionnels de la MSP peuvent choisir : amélioration de la couverture vaccinale, lutte contre la tuberculose, lutte contre le surpoids et l'obésité chez les enfants, lutte contre les souffrances psychiques et les conduites addictives chez les adolescents, prévention du suicide, prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression iatrogène), prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité, éducation thérapeutique pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

[3] Un médecin est considéré comme faisant partie d'une MSP s'il est associé de la structure ou s'il exerce au moins 50% de son activité au sein de celle-ci en étant signataire du projet de santé.

Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires), régime juridique spécifiquement prévu par la loi dite Fourcade de 2011[1] qui permet aux professionnels de percevoir les NMR.

Pour résumer, la nouvelle relation contractuelle qui lie les professionnels libéraux des MSP à l'administration sanitaire et l'Assurance-Maladie avec la signature de l'ACI – à laquelle les professionnels souscrivent volontairement – s'accompagne de nouvelles règles et procédures venant nouvellement encadrer leurs pratiques quotidiennes.

Encadré 4 : Les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) dans le secteur libéral

Les nouveaux modes de rémunération (NMR) pour les structures d'exercice regroupé pluriprofessionnel (maisons et pôles de santé libéraux, mais aussi centres de santé salariés) ont d'abord fait l'objet d'une expérimentation : l'ENMR (expérimentation des nouveaux modes de rémunération), introduite par la LFSS de 2007 (article 44). Il s'agissait de rémunérations inédites dans le secteur libéral, du fait de leurs dimensions forfaitaires et collectives (notons toutefois que le paiement à la performance avait déjà été introduit pour les médecins avec le CAPI en 2009, remplacé par la ROSP en 2009, cf. *supra*). Les NMR ont été pensés pour rémunérer le temps dédié aux activités administratives et de coordination et au développement de nouveaux services de santé (notamment en matière de prévention et d'éducation thérapeutique). Cette expérimentation a été pilotée par les ARS auprès de 150 structures d'exercice regroupé (maisons, pôles ou centres de santé) sélectionnées en 2010 puis 150 nouvelles structures sélectionnées en 2014. La question de la pérennisation de ces nouvelles rémunérations, alors expérimentales, était alors au centre des débats.

En février 2015, après l'échec des négociations entre les syndicats professionnels et l'UNCAM pour la signature d'un accord conventionnel sur les NMR, un Règlement Arbitral a été conclu : chaque équipe pluriprofessionnelle en maison, pôle ou centre de santé, pouvait désormais entamer une démarche pour bénéficier des NMR. En 2016, la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS) du ministère recensait 437 structures dans le dispositif du Règlement Arbitral, soit près de la moitié des MSP en fonctionnement. Le niveau de rémunération moyen était alors de 50 000€ par an par structure.

La question de la pérennisation des NMR a finalement été réglée par la signature d'un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) le 20 avril 2017, entre l'UNCAM et 25 organisations représentatives des professionnels de soins primaires, pour une durée de 5 ans : MG France, la Confédération des Syndicats Médicaux de France (CSMF), la Fédération des Médecins de France (FMF), l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF), l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (ONSSF), le Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux (SNIIL), la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO), le Syndicat National Autonome des Orthoptistes (SNAO), le Syndicat Des Biologistes (SDB), le Syndicat National des Médecins Biologistes (SNMB), le Syndicat des Laboratoires de Biologie Clinique (SLBC), la Fédération Française des Podo-Orthésistes (FFPO), la Fédération Nationale des Podologues (FNP), la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS), la Confédération des Centres de Santé et des Services de Soins Infirmiers (C3SI), l'Union Nationale des Associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), Adessadomicile, la Fédération des Mutuelles de France (FMF), la Fédération Nationale de la mutualité française (FNMF), la Fédération Nationale des Institutions de Santé et d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne (FNISASIC), la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité

[1] Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Sociale dans les Mines (CANSSM), la Croix Rouge. (Certaines de ces organisations ont signé l'ACI à la suite de la notification de l'accord et non en avril 2017.)
Les conditions d'éligibilité restent inchangées par rapport au Règlement Arbitral (la structure doit avoir élaboré un projet de santé validé par l'ARS et s'être constituée en SISA ou s'engager à le faire dans un délai de 6 mois après la signature du contrat). Si la majorité des critères du Règlement Arbitral ont été maintenus, certaines évolutions ont été consenties par les signataires :

- Concernant l'accès aux soins, deux nouveaux indicateurs optionnels (ne conditionnant donc pas l'obtention des NMR) ont été introduits : mise en place d'outils pour évaluer la satisfaction des patients et réalisation de missions de santé publique à choisir dans une liste de thématiques.
- Concernant le travail en équipe, la fonction de coordination n'est plus optionnelle et les réunions de concertation sur des cas de patients doivent avoir lieu au minimum 6 fois par an (contre 12 auparavant) alors que le nombre de dossiers discutés pendant ces réunions passe de 3 à 5% des patients inscrits auprès d'un médecin traitant de la structure présentant une affection de longue durée ou âgée de 75 ans ou plus.
- Concernant le système d'information, l'indicateur est calculé selon le nombre de professionnels de santé et non plus la taille de la patientèle.

Le niveau de la rémunération est calculé par un système de points. Pour certains critères, cette rémunération peut être variable selon le volume de la patientèle de la structure. La rémunération peut également être majorée en fonction du taux de précarité de la patientèle. En 2018, l'Assurance Maladie comptait 735 MSP signataires de l'ACI, pour un niveau moyen de rémunération s'élevant à 63 500 euros par MSP (Assurance Maladie, 2019).
L'ACI prévoit enfin une aide supplémentaire au démarrage pour inciter les structures à mettre en place leur projet de santé avant d'avoir signé le contrat et obtenu les NMR : cette aide prend la forme d'une allocation de 20 000 € par an (sur deux ans maximum) pour les structures en création dont les projets de santé ont été validés par l'ARS depuis moins d'un an.

Une nouvelle forme de régulation du monde libéral ?

Patrick Hassenteufel, dans ses travaux sur la profession médicale et ses relations à l'État (Hassenteufel, 1997, 2008b, 2015, 2019), a montré la capacité des syndicats de médecins à défendre les principes fondateurs de la médecine libérale, rassemblés dans la charte de la médecine libérale de 1927 (cf. encadré 5 ci-dessous). Il explique cela notamment par la capacité de mobilisation de ce groupe professionnel, la légitimité dont il jouit auprès de l'opinion publique et sa forte représentation au sein du Parlement[1], du gouvernement[2] et des collectivités territoriales. On observe toutefois une remise en cause progressive de certains principes au fondement de la médecine libérale : notamment le principe de libre entente entre le médecin et

[1] Frédéric Pierru observe notamment que les médecins sont l'une des professions les plus présentes au sein du Parlement (représentant entre 5% et 10% des parlementaires sous la Vème République) (Pierru, 2007b).

[2] Entre 1986 et 2015, Patrick Hassenteufel observe que des médecins ont été chargés du ministère de la Santé la moitié du temps (Hassenteufel, 2015), ce qui est également le cas des deux derniers ministres des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn (hématologue) et Olivier Véran (neurologue).

son patient sur le tarif de la consultation (du fait de l'introduction de tarifs opposables qui ont fait l'objet de conventions successives avec l'Assurance Maladie[1]), le principe de paiement direct par l'assuré (du fait de l'existence du tiers-payant à l'hôpital, dans les laboratoires de biologie, dans les pharmacies, dans les centres de santé, mais également en médecine libérale de ville pour certaines populations[2]) ; et, dans une certaine mesure, le principe du primat de la liberté thérapeutique et de prescription sur le facteur économique (puisque les prescriptions médicamenteuses des médecins font aujourd'hui l'objet d'un contrôle accru des CPAM[3]). Tout en analysant la capacité des syndicats de médecins à défendre les principes de la charte de la médecine libérale, Patrick Hassenteufel observe lui-même un encadrement croissant de l'exercice médical, notamment depuis la création des ARS (par la loi HPST de 2009), qui ont de nouvelles prérogatives sur l'organisation du secteur ambulatoire, et l'introduction du principe du tiers-payant généralisé (par la loi de modernisation du système de santé de 2016). Ainsi observe-t-il que « *plutôt qu'une rupture, la loi de santé* [de 2016] *est une nouvelle étape dans la transformation structurelle de la médecine ambulatoire dont les conditions d'exercice s'éloignent progressivement des principes de la charte de 1927* » (Hassenteufel, 2015, p. 9).

Nous allons montrer dans cette thèse, et plus précisément dans le chapitre suivant, que l'exercice contractuel en MSP marque une étape décisive dans ce processus d'encadrement progressif de l'exercice des médecins libéraux, et plus largement des professionnels libéraux de ville : l'ACI touche en effet à des dimensions jusqu'alors épargnées par les tentatives de régulation, en matière d'accès aux soins, de coordination entre professionnels et de nature des

---

[1] Le dépassement d'honoraires est toutefois possible depuis la convention médicale de 1980, qui a créé le secteur 2. Le SML (Syndicat des Médecins Libéraux) défend depuis lors les médecins de ce secteur.

[2] La loi de modernisation du système de santé de 2016 prévoyait la généralisation du tiers payant à tous les patients. Celle-ci a toutefois été reportée par la LFSS pour 2018, et les populations qui bénéficient aujourd'hui du tiers payant sont les suivantes : bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS), bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME), victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, bénéficiaires d'actes de prévention dans le cadre d'un dépistage organisé, personnes hospitalisées dans un établissement sous convention avec l'Assurance Maladie, mineures de plus de 15 ans qui consultent des professionnels de santé pour accéder à la contraception, personnes atteintes d'une affections de longue durée (ALD) et femmes enceintes.

[3] Etienne Nouguez remarque par ailleurs qu'avec l'introduction des médicaments génériques, les médecins libéraux ont le sentiment de devenir « *comptables de l'évolution des dépenses de médicaments, alors que leurs prescriptions* [sont] *bordées en amont par l'intervention du Comité économique du médicament sur les prix des produits et en aval par la substitution officinale* » (i.e. le droit des pharmaciens de substituer des médicaments génériques aux *princeps* prescrits par les médecins) (Nouguez, 2017, p. 62).

soins proposés par les professionnels. Les NMR, attachés à cette contractualisation, sont un autre marqueur de la transformation de l'exercice libéral, dans la mesure où ils introduisent des rémunérations forfaitaires (qui existaient certes déjà avec la ROSP et le médecin traitant) mais surtout collectives, en rupture avec le paiement individuel à l'acte des professionnels libéraux. Nous proposons, dans le tableau 2 ci-dessous, une mise en perspective de l'exercice libéral en MSP et hors MSP – que nous qualifions par opposition de « *traditionnel* ». Nous distinguons les transformations relatives à l'organisation des soins, au contenu des soins et aux modalités de rémunérations.

Tableau 2 – Les nouvelles modalités de l'exercice libéral en MSP

	Exercice libéral traditionnel	Exercice libéral en MSP
Organisation des soins[1]	Exercice en cabinets isolés ou en cabinets de groupes monoprofessionnels	Exercice regroupé et pluriprofessionnel, mono ou multi-sites[2]
	Pas d'obligation en matière d'accès aux soins (horaires, planning, congés…)	Obligations d'accès aux soins médicaux : - Horaires d'ouverture (8 h-20 h en semaine ; 8 h-12 h le samedi matin) ; - Planning concerté entre médecins généralistes pour assurer une continuité des soins sur ces horaires ; - Consultations médicales sans rendez-vous quotidiennes (dites consultations « non programmées »).
	Pas d'obligation d'organisation de la coordination entre professionnels	Outils et procédures de coordination obligatoires : - Réunions de concertation pluriprofessionnelle sur des cas de patients (6 minimum par an) ; - Protocoles pluriprofessionnels de soins (validés par l'ARS et la HAS) ; - Système d'information partagé (logiciel pluriprofessionnel choisi parmi une liste de logiciels labellisés par l'ANS) ;

[1] Concernant l'organisation des soins, nous ne rappelons dans ce tableau que les critères obligatoires de l'ACI, qui conditionnent le versement des NMR. À ceux-ci s'ajoutent comme nous l'avons indiqué des critères optionnels : accès à une plus grande diversité de services (du fait de la présence d'autres professionnels : médecins spécialistes, auxiliaires médicaux, pharmaciens), mise en place d'outils pour évaluer les besoins et la satisfaction des patients, accueil d'étudiants en stages, coordination externe (avec des professionnels, établissements ou services sanitaires, médico-sociaux ou sociaux extérieurs à la structure).

[2] Il existe des MSP qualifiées de « *multi-sites* » dans l'ACI, c'est-à-dire des structures dans lesquelles les professionnels membres de la SISA et signataires de l'ACI n'exercent pas tous dans le même bâtiment. Ils partagent toutefois les outils de coordination prévus par l'ACI et s'engagent collectivement à mettre en œuvre le projet de santé validé par l'ARS.

		- Personne(s) chargée(s) de la coordination et de la gestion administrative de la structure.
Types de soins	Soins essentiellement curatifs	Diversité des soins proposés : curatifs, préventifs, éducation à la santé[1]
Modalités de rémunérations des profes-sionnels	Rémunérations à l'acte, individuelles pour chaque professionnel, versées par les patients (ou tiers-payant)	Idem
	Rémunérations forfaitaires pour les médecins généralistes : ROSP, forfait médecin traitant, majoration pour les consultations de patients de plus de 80 ans	Idem
		NMR, collectifs pour la MSP, versés par la CPAM

Les modalités d'exercice collectives et contractuelles en MSP entrent finalement en tension avec la dimension strictement individuelle de l'exercice libéral et représentent, selon les chercheurs de l'Irdes, un « *choc culturel* » pour les professionnels libéraux (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014a, p. 3, 2014b, p. 76). La dimension collective n'était pourtant pas absente du secteur libéral, mais elle se résumait le plus souvent à des aspects matériels (locaux, matériel de soins, outils informatiques…) et non à l'organisation et au contenu des soins, sauf pour les quelques professionnels engagés dans des réseaux de santé ou dans des programmes de santé publique portés par des caisses d'Assurance Maladie, des mutuelles, des centres de PMI, des collectivités territoriales[2] ou encore l'Éducation nationale. L'engagement de ces professionnels relevait malgré tout de décisions strictement individuelles, alors que la contractualisation avec l'État et l'Assurance Maladie dans le cadre de l'ACI fait entrer les professionnels libéraux dans un nouveau mode d'engagement collectif et solidaire vis-à-vis des autorités sanitaires. Pour les chercheurs de l'Irdes, cette nouvelle « *logique* » ou « *culture* » professionnelle en MSP (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014b, p. 28) ne remplace pas pour autant la culture libérale individuelle : il s'agit plutôt d'une « *hybridation* » ou d'une « *superposition* » de ces deux logiques (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014b, p. 28), qui donne

[1] Nous rappelons que le développement d'activités préventives ou éducatives ne fait pas l'objet de critères obligatoires mais optionnels.

[2] Les actions de prévention et de promotion de la santé développées par les villes appartenant au réseau « Villes Santé de l'OMS » (http://www.villes-sante.com/le-rfvs/mission-statuts/) ou, plus localement, par les Ateliers Santé Ville dans les quartiers prioritaires (http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf) associent en effet différents professionnels des secteurs sanitaires, médico-sociaux et éducatifs, dont des professionnels libéraux de ville.

lieu à une nouvelle forme de « *régulation vécue comme duelle* » par les professionnels des MSP (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014a, p. 3). Ils y voient en effet à la fois un moyen d'être reconnus et soutenus financièrement dans leur volonté de faire évoluer leurs pratiques professionnelles et un risque d'immixtion de l'État dans leurs pratiques. Or c'est précisément cette tension, entre l'autonomie professionnelle et la tentative de rationalisation des pratiques qui constitue selon nous la spécificité et l'intérêt de l'instrument MSP : en s'engageant volontairement dans ce nouveau mode d'exercice contractuel avec l'État et l'Assurance Maladie, les professionnels libéraux acceptent de renégocier certains des principes au fondement de leur pratique libérale.

Encadré 5 – La charte de la médecine libérale

Dans son analyse du syndicalisme médical français, Patrick Hassenteufel montre que les différents syndicats médicaux se sont très tôt unis (dès les années 1880, avec la création de l'Union des Syndicats Médicaux Français, USMF) pour défendre le monopole de l'exercice médical (face aux officiers de santé) ainsi que les intérêts économiques de la profession. L'opposition entre la profession médicale et l'État forcit au lendemain de la Première Guerre mondiale, autour de la création des assurances sociales et de la mise en place de tarifs opposés et du tiers payant. Une frange (alors minoritaire) de l'USMF particulièrement attachée à la dimension individuelle de la pratique médicale s'oppose alors à toute immixtion de l'État dans la relation entre le médecin et son patient (« *le colloque singulier* ») et revendique un principe d'« *entente directe* » entre médecin et patient (soit une négociation au cas par cas du tarif de la consultation). Cette frange la plus libérale de la profession grossit pour finalement donner lieu à la création de la CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français) en 1928, unie derrière une charte de la médecine libérale, adoptée en novembre 1927. Cette charte énonce sept principes :

- Le libre choix du médecin par le malade ;
- Le respect du secret professionnel ;
- Le primat de la liberté thérapeutique et de prescription sur le facteur économique ;
- Le droit à des honoraires pour tout malade soigné ;
- Le paiement direct par l'assuré, en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux ;
- Le contrôle des médecins par les syndicats et non les caisses d'Assurance Maladie (qui contrôlent, quant à elles, les patients) ;
- La représentation des médecins au sein des caisses d'Assurance Maladie.

À ces principes fondateurs adoptés en 1927 s'ajoutera la liberté d'installation, après la Seconde Guerre mondiale.

Patrick Hassenteufel montre que les principaux syndicats médicaux actuels (à savoir MG France, la CSMF, la FMF et le SML*) s'appuient aujourd'hui encore sur ce socle commun, qui a participé à forger l'identité de ce groupe professionnel, malgré les oppositions fortes qui se sont cristallisées au fil des conventions successives avec l'Assurance Maladie visant à fixer les tarifs des consultations.

***Liste des acronymes :**
MG France : Médecine Générale France
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
FMF : Fédération des Médecins de France
SML : Syndicat des Médecins Libéraux

B - Un alignement d'acteurs politiques et professionnels autour de l'instrument MSP

Pour comprendre l'acceptation de ce nouveau paradigme des soins primaires et d'un nouvel instrument contractuel qui participe d'un encadrement croissant de l'exercice libéral, il ne suffit pas de rendre compte des transformations institutionnelles qui ont eu lieu au cours des lois de santé successives ayant redéfini l'organisation du système de santé et renforcé la régulation dans le secteur ambulatoire. La mobilisation conjointe de l'État, de l'Assurance Maladie, d'acteurs locaux et de professionnels libéraux derrière les MSP apparaît en effet déterminante de la légitimation de ces nouvelles organisations comme une réponse au problème d'accès aux soins. Nous allons voir dans cette seconde partie que, d'un côté, l'État et les collectivités locales promeuvent les MSP car ils y voient le moyen de répondre aux nouveaux enjeux du système de santé et notamment à la demande de soins de la population (1). D'un autre côté, une frange de médecins généralistes, progressivement rejoints par d'autres professionnels libéraux, ont vu ce nouveau mode d'exercice comme l'occasion d'affirmer leur conception des soins, d'affirmer leur rôle dans le système de santé et de faire entendre des revendications concernant leurs conditions d'exercice (2). Cet alignement des intérêts de différents acteurs, politiques et professionnels, n'empêche toutefois pas certaines voix de s'élever et de remettre en cause les MSP en tant que « *modèle unique* » (3).

1) L'État et les collectivités territoriales investis dans le développement des MSP

Une multiplicité d'acteurs politiques et administratifs s'investit dans le développement des MSP, au niveaux national et local, car ils y voient le moyen d'améliorer l'efficience et la qualité des soins, soit que cela relève de leur mandat, soit que cela réponde à des objectifs électoraux face à une demande croissante de soins de la population.

Au niveau de l'administration centrale et régionale, la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) et la DSS (Direction de la Sécurité Sociale) ont piloté l'expérimentation des NMR et ont défini la forme qu'allait prendre les MSP à travers un cahier des charges. Les ARS ont eu pour mission, quant à elles, de mettre en œuvre cette nouvelle politique de développement des MSP au niveau régional : ces nouvelles agences établissent le zonage régional de la démographie professionnelle et définissent les priorités de santé à l'aune

desquelles elles valident les projets de santé des MSP. Elles peuvent également financer, à travers le FIR (Fonds d'Intervention Régional), les études préalables à l'ouverture des MSP (diagnostic de santé du territoire, études de faisabilité et de préfiguration du projet de MSP, élaboration du projet de santé[1]) et soutenir des expérimentations développées par les professionnels des MSP par un système d'appels à projets (en matière de promotion de la santé, de prévention, d'amélioration des parcours des patients, d'amélioration de la qualité des soins...)[2]. Les ARS ont également été chargées du pilotage de l'ENMR jusqu'en 2014, avant que les NMR ne rentrent dans le cadre conventionnel avec l'Assurance Maladie. Ce sont aujourd'hui les CPAM qui régissent l'attribution des NMR.

Au niveau des territoires, les collectivités s'engagent également dans le développement des MSP alors même que la santé ne fait pas partie de leurs compétences. D'un côté, les conseils départementaux et régionaux peuvent subventionner les volets immobiliers des projets de MSP ainsi que l'acquisition de matériel médical ou informatique. Les communes et communautés de communes sont pour leur part de plus en plus nombreuses à investir dans les locaux et proposer des incitations à l'installation pour les médecins comme nous l'avons vu dans la première partie du chapitre. Certains maires, relayés par l'Association des Maires de France (AMF) et les médias, regrettent toutefois un certain désengagement de l'État qui les contraint à s'emparer du problème d'accès aux soins sans avoir toujours les ressources, notamment financières, pour le faire. Ainsi Isabelle Maincion, trésorière adjointe de l'AMF, décrivaient en 2017 des maires « *impuissants* » voire « *désespérés* » face à la pénurie de médecins[3] et récemment, Michel Vergnier, trésorier général de l'association, craignait le creusement des inégalités entre les communes aisées qui pourront salarier des médecins sur leurs propres deniers et les autres. Ce dernier appelait l'État à donner aux communes les moyens de devenir des « *partenaires* » dans la politique d'accès aux soins : « *Aujourd'hui, on fait appel à nous pour trouver des solutions pour la santé. Nous sommes donc des partenaires, alors qu'on nous permette de l'être*

[1] Ces études peuvent être réalisées par des prestataires privés, notamment des cabinets d'étude ou de conseil spécialisés dans le secteur de la santé (voir notamment le travail d'Isabelle Bourgeois, sociologue et consultante dans un cabinet d'étude accompagnant notamment le développement de projets de MSP (Bourgeois, 2015, 2019)). L'étude de faisabilité et de préfiguration de la MSP a pour objectif d'identifier les professionnels présents sur le territoire et intéressés par le projet, les soutiens politiques et financiers potentiels des collectivités, les partenariats possibles avec les autres acteurs du territoire, etc.

[2] Voir la présentation du FIR sur le site des ARS : https://www.ars.sante.fr/le-fonds-dintervention-regional, consulté le 09/09/2020).

[3] AFP, « Déserts médicaux : le gouvernement dévoile son plan de lutte vendredi », 11/10/2017.

vraiment[1] ». Ces élus réclament à la fois des mesures coercitives pour obliger les médecins à s'installer sur leurs territoires[2] – stratégie jusque-là écartée par le législateur, comme nous l'avons vu – et un renforcement de l'investissement financier de l'État dans le développement des MSP[3]. Un membre de la DGOS que nous avons rencontré en entretien reconnaissait d'ailleurs ouvertement que le soutien financier de l'État aux MSP n'était pas à la hauteur de l'ambition politiquement affichée :

> *« Actuellement on a un déficit de financement de toutes ces structures, puisqu'on n'a pas fait le choix politique de vraiment investir là-dedans. On a fait le choix de développer les structures pluriprofessionnelles, oui,* ***on a fait un choix juridique, on a fait un choix politique, mais on n'a pas fait un choix opérationnel du point de vue du financement****. Je le dis assez facilement. Si vous voulez, en 2015, pour les maisons de santé,* ***pour des accompagnements pour l'initiation, environ 7 millions d'euros ont été versés par les ARS sur le FIR****.* ***Ce qui est très peu.*** *Les maisons de santé comptent pour plus de 5 millions, car il y a les centres de santé aussi dans cette enveloppe.* ***Quant au crédit de coordination dans le cadre des NMR, on était autour de 17,5 millions en 2015 versés par l'Assurance Maladie sur l'Ondam de ville****.* ***Alors, même si les sommes versées aux MSP par l'Assurance Maladie ont augmenté grâce à l'ACI, avec 35,6 millions d'euros versés dès 2017, vous pouvez comparer ça aux 3,100 milliards du FIR et aux 84 milliards de l'Ondam de ville…*** *Quand je dis qu'on n'a pas de financement suffisamment dimensionné à cette politique, c'est vrai. Et vous pouvez citer ça en disant : « Quelqu'un de la DGOS m'a dit… » ».* (Personne de la DGOS proche de la direction)

L'investissement des acteurs locaux dans le développement des MSP ne peut toutefois se résumer selon nous à une défausse de l'État central sur les collectivités et nous rejoignons en ce sens la lecture de la décentralisation défendue par Patrick Le Lidec. Pour cet auteur, les élus locaux jouent en effet un rôle de plus en plus « *moteur* », voire « *offensif* » dans la conduite des politiques publiques, ce qui mène à une « *transformation des interdépendances* » entre l'État et les élus locaux (Le Lidec, 2007, p. 112). Dans notre cas d'étude, le nouvel investissement des acteurs locaux dans la santé s'explique par l'enjeu électoral fort autour du maintien d'une offre de médecine générale sur les territoires (Hassenteufel et al., 2020), comme en ont témoigné plusieurs élus que nous avons rencontrés lors de notre enquête. Nous citons pour illustration le maire et le président de la communauté de communes d'implantation d'une des MSP de notre échantillon, qui nous ont expliqué avoir décidé de soutenir le projet (la communauté de

---

[1] *La Montagne*, « Les maires sont devenus les médecins d'urgence de la santé », 14/10/2019.

[2] *Le courrier des maires et des élus locaux*, « Déserts médicaux, les élus tentés par des mesures coercitives », 05/05/2011 ; *Le Figaro*, « Le plan "low-cost" contre les déserts médicaux », 14/02/2012 ; AFP, « Déserts médicaux : le gouvernement dévoile son plan mercredi », 22/10/2017.

[3] Voir notamment : *Libération*, « Manuel Valls chez des maires pas à la fête », 28/11/2014.

communes a fait le choix d'être propriétaire du bâtiment, de financer sa rénovation et de le louer aux professionnels de santé), quitte à s'attirer les critiques de certains élus ou électeurs qui ne comprenaient pas que des collectivités soutiennent financièrement des professionnels libéraux :

> Élu 1 (président de la communauté de communes au moment du projet de MSP) : *« On a pris de tout… »*
> Élu 2 (maire de la commune d'implantation de la MSP) : *« Ah ça oui, on s'est fait secouer ! »*
> Élu 1 : *« Même en conseil communautaire, puisque c'était pas évident d'emmener les élus avec nous. »*
> Enquêtrice : *« Mais pourquoi ? »*
> Élu 2 : *« Parce que c'est vrai qu'au début, il y a toujours la réflexion facile,* ***une espèce de démagogie, de dire : « Ouais, on va dérouler le tapis rouge à des nantis »*** *– c'est à dire des toubibs – « on va leur faire le bâtiment ». Alors que... »*
> Élu 1 : *« ...* ***alors qu'ils peuvent payer eux-mêmes****. On a entendu ça, oui ! »*
> Élu 2 : « *C'est difficile de faire comprendre à la majorité, pas à tous hein, mais à la majorité des élus, que* ***c'était pas les toubibs qu'il fallait regarder, mais les patients. Et que le jour où il n'y aura plus de toubibs, bah que ferons-nous ? Après, on nous dira qu'on n'a rien fait.*** *Donc bon, on a quand même maintenu le projet. Contre vents et marées. »* (Entretien groupé avec deux élus du territoire d'implantation de la MSP 6)

Face à ces acteurs politiques, nationaux et locaux, une partie de la profession médicale s'engage également dans la promotion des MSP.

2) Des médecins généralistes promoteurs des MSP

Des médecins libéraux se sont également mobilisés dans la réforme des soins primaires et ont notamment fait la promotion des MSP. Une frange de médecins généralistes, essentiellement réunie au sein du syndicat MG France, s'est en effet démarquée dès les années 1980 en engageant des réflexions autour de nouvelles modalités d'exercice et de rémunération en rupture avec l'exercice libéral traditionnel (Hassenteufel, 2010, 2019 ; Hassenteufel et al., 2020). Certains d'entre eux ont développé localement des organisations pluriprofessionnelles préfigurant les futures MSP (Juilhard, 2007 ; Vezinat, 2019) et ont créé une fédération professionnelle en 2008, la FFMPS (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé), ayant pour mission de promouvoir l'exercice pluriprofessionnel en soins primaires auprès des autorités publiques et des professionnels de santé libéraux eux-mêmes (Schweyer et Vezinat, 2019 ; Vezinat, 2019, 2020). Ces médecins, qui participent aux changements organisationnels

dans le secteur des soins primaires, seront progressivement rejoints par d'autres professions de soins primaires.

Des médecins généralistes à l'avant-garde des soins primaires : la singularisation de MG France

Dans ses travaux sur la profession médicale, Patrick Hassenteufel retrace la constitution de l'identité libérale de la profession médicale en France et analyse les ressorts de la fragmentation syndicale au sein de cette profession (Hassenteufel, 1997, 2015, 2019). Il montre que si les principaux syndicats de médecins libéraux français (la CSMF, la FMF, le SML et MG France[1]) s'appuient aujourd'hui encore sur un socle commun qui a participé à forger l'identité de ce groupe professionnel (notamment les principes de la charte de la médecine libérale de 1927, ainsi que le principe de la liberté d'installation), des oppositions fortes se sont cristallisées au fil des conventions successives avec l'Assurance Maladie visant à fixer les tarifs des consultations médicales. Alors que la CSMF accepte le principe des conventions départementales à partir des années 1960, une minorité de médecins de cette organisation se désolidarise pour fonder la FMF en 1968 et revendiquer la mise en place d'un secteur à honoraires libres (dit « *secteur 2* », par opposition au « *secteur 1* » où prévalent les tarifs opposables), ce qu'elle obtient en 1980. La fragmentation syndicale s'accentue à partir des années 1980, notamment avec la création de MG France en 1986 (issu du Syndicat de la Médecine Générale créé en 1975), qui défend une conception alternative de la médecine libérale : ce syndicat propose en effet d'explorer de nouvelles modalités de rémunération aux côtés de la rémunération à l'acte (rémunération à la capitation ou salariat) et de nouvelles formes d'exercice, notamment pluriprofessionnelles. L'opposition se fait plus forte encore au moment du Plan Juppé de 1996, qui instaure les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam[2]). MG France accepte

[1] Pour les acronymes, voir encadré 5.

[2] L'Ondam a été introduit en 1996 par les ordonnances du plan Juppé. Voté chaque année au moment de la LFSS (loi n°96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale), cet objectif fixe le niveau de dépenses maximal pour les soins de ville en fonction duquel les caisses d'Assurance Maladie négocient les conventions médicales (il fixe également le niveau des dépenses d'hospitalisation et médico-sociales). En 1998, le Conseil d'État a annulé l'arrêté approuvant la convention des médecins généralistes qui avait introduit un mécanisme de reversement d'honoraires par les médecins en cas de non-respect de l'Ondam. Il n'existe ainsi pas de sanction en cas de dépassement de l'Ondam de ville, qui a été atteint une fois en 1997, puis seulement de nouveau entre 2010 et 2014,

alors le principe défendu par le gouvernement de sanctions financières à l'encontre des médecins en cas de non-respect de l'Ondam et signe une convention avec l'Assurance Maladie spécifique aux médecins généralistes[1]. Celle-ci instaure le dispositif du « *médecin référent* », qui fait du médecin généraliste à la fois le pivot du système de santé adressant les patients aux autres professionnels de santé, le responsable de la qualité des soins ainsi que le garant des dépenses de santé. Ce dispositif prévoyait en effet que les patients qui y adhéraient s'engageaient à consulter leurs médecins généralistes référents qui les orientaient vers les autres professionnels de santé, alors que les médecins référents s'engageaient pour leur part à respecter les tarifs conventionnels, à pratiquer le tiers payant, à assurer la permanence et la continuité des soins, à mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques, à prescrire une part de médicaments génériques et à participer aux activités de prévention organisées par les autorités sanitaires (Aguzzoli et al., 1999). Cette alliance de MG France avec l'Assurance Maladie ainsi que le dispositif du médecin référent suscitent une forte opposition des trois autres syndicats, la CSMF, la FMF et le SML, qui y voient une remise en cause de certains principes fondateurs de la médecine libérale, notamment le libre choix du médecin par le patient, l'absence de contrôle par l'Assurance Maladie et la liberté de prescription. Ils constituent alors un « *collectif de défense de la médecine libérale* » qui parvient, en 1998, à faire annuler par le Conseil d'État la convention signée par les médecins généralistes (le principe de sanction financière pour les médecins est alors abandonné et le dispositif du médecin référent suspendu – il sera définitivement remplacé par celui du médecin traitant en 2004). Au début des années 2000, la division du syndicalisme médical français, qui a vu MG France se singulariser, s'était ainsi cristallisée autour de la question du contrôle des dépenses de santé par l'Assurance Maladie et de la tentative de réorganisation du système de santé autour du médecin généraliste. Elle se poursuit avec le débat autour de l'organisation des soins primaires : MG France affiche en effet son soutien à la ministre de la Santé Roselyne Bachelot et à son initiative des États Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS)[2] en 2008, lors desquels les soins primaires occupent une place centrale dans les discussions (Hassenteufel et al., 2020).

---

et systématiquement dépassé depuis 2015 (concernant les dépenses d'hospitalisation, l'objectif a été dépassé en 2008 et 2009 et depuis systématiquement respecté http://www.senat.fr/rap/r19-040/r19-0405.html).

[1] Convention nationale des médecins généralistes signée le 12 mars 1997.

[2] Notons que les EGOS ont été organisés sous la direction d'Annie Podeur (directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, DHOS) ainsi que du Professeur Yvon Berland, à l'origine de plusieurs

Au-delà du positionnement politique de MG France, certains médecins issus des rangs de ce syndicat s'engagent sur le terrain dans des initiatives visant à développer localement les prises en charge pluriprofessionnelles et des actions de santé publique. Monika Steffen (Steffen, 1983), Cécile Fournier (Fournier, 2015) et Nadège Vezinat (Vezinat, 2019, 2020) ont montré que la volonté de « *faire de la médecine autrement* » (Vezinat, 2020, p. 84), et notamment de développer une médecine plus sociale, est ancienne et s'était déjà matérialisée dans les premiers dispensaires qui ont connu un essor à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, les centres de santé dans les années 1950 (Steffen, 1983), la tentative des Unités Sanitaires de Bases (USB) dans les années 1980[1], puis dans les réseaux de santé dans les années 1990 (Bercot et Coninck (de), 2006 ; Robelet, 2008 ; Robelet, Serré et Bourgueil, 2005 ; Schweyer, 2005)[2]. Et ce sont souvent des médecins généralistes déjà engagés dans l'expérience des réseaux qui sont à l'origine des premières maisons de santé au début des années 2000. Le rapport Juilhard de 2007 (Juilhard, 2007) donne la parole à trois d'entre eux, qui ont développé de manière informelle sur leurs territoires des organisations proposant des prises en charge coordonnées entre médecins et professionnels paramédicaux et de nouvelles actions de santé publique : Michel Serin qui a monté une maison de santé à Saint-Amand en Puysaie (Nièvre), Pierre de Haas à Pont d'Ain (Ain) et Jean-Michel Mazué à Bletterans (Jura)[3]. Leurs initiatives locales seront portées en exemples. Ainsi peut-on lire dans ce rapport : « *L'exercice regroupé prend depuis quelques années une forme nouvelle : celle de la maison de santé, concept non défini mais qui rencontre un succès réel auprès des professionnels de santé et des élus locaux* » (Juilhard, 2007,

---

rapports relatifs à l'accès aux soins au début des années 2000, comme nous l'avons indiqué dans la première partie.

[1] Les USB étaient des organisations développées par des médecins libéraux dans les années 1980, qui avaient pour ambition de favoriser l'exercice coordonné ainsi que le développement d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique. L'USB de Saint-Nazaire, qui a fonctionné de 1983 à 1986 (la « *seule qui ait marché* », d'après ses protagonistes cités par Nadège Vezinat (Vezinat, 2020, p. 83)), est souvent citée en exemple. Pour les médecins « *historiques* » de la FFMPS, les MSP s'inscriraient dans la continuité des USB, qui n'avaient pas été soutenues par les autorités publiques à l'époque (Vezinat, 2020).

[2] La naissance de la médecine sociale est datée par Michel Foucault à la moitié du XVIIIe (Foucault, 1974), dans un contexte de développement de l'hygiénisme et de l'assistance sociale (Pinell et Steffen, 1994). Monika Steffen constate que la médecine sociale était alors « *résiduelle* » et correspondait à des prises de positions contestataires au sein de la profession médicale (Steffen, 1983).

[3] En illustrations, nous renvoyons à des vidéo de présentation des maisons de santé de Saint-Amand-en-Puisaye (France 24, https://www.youtube.com/watch?v=S6jyUWMSOEk), Pont d'Ain (Édition Le Coudrier, https://www.youtube.com/watch?v=wf7gS9vTZVQ,) et Bletterans (Décision Santé TV, https://www.dailymotion.com/video/x9hp5b).

p. 39). Michel Serin et Pierre de Haas[1], tous deux membres du syndicat MG France, nous ont expliqué en entretien leur investissement local par la nécessité de s'organiser pour faire face aux besoins de santé de leurs patients (notamment du fait du vieillissement de la population et du développement des pathologies chroniques) et à la démographie en baisse de la profession médicale. Cet impératif de réorganisation n'est pas vécu comme une remise en cause par ces médecins mais comme une nécessité de faire évoluer leurs propres conditions d'exercice pour répondre à un nouveau contexte sanitaire. Ainsi Michel Serin, rencontré dans le cadre de nos entretiens exploratoires, retrace-t-il l'origine de la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye, première structure à avoir bénéficié de financements publics (de la part de la communauté de communes qui a investi dans les murs et de l'État à travers le FIQCS[2]) :

> *« En fait, il n'y a jamais une seule explication, c'est une* ***conjonction de facteurs****. Donc la conjonction, à cette époque, c'était le constat que l'on faisait sur la santé des populations, c'est à dire le* ***vieillissement****, les* ***poly-pathologies****, l'****augmentation de la population*** *et le constat, en face, de* ***soins primaires complètement éclatés*** *et de* ***problèmes de démographie médicale****. Moi j'avais une charge de travail... je faisais déjà 8h-22h. Des copains comme Pierre* [de Haas] *diront que je ne sais pas m'organiser* (rire) *! Je fais toujours plein de choses à la fois ! Et donc à l'époque, j'avais proposé à mon remplaçant de s'associer avec moi pour remplacer mon confrère parti à la retraite. On a commencé à travailler comme ça en 2000. J'ai proposé aux infirmières (qu'on avait du mal à rencontrer car elles étaient en ville, chez les patients, rarement dans leurs cabinets) de nous rejoindre, le kiné qui était là deux après-midis par semaine, le dentiste qui était là un jour par semaine je crois. Donc on s'est tous mis autour de la table. Et* ***c'est comme ça qu'on a monté la première maison de santé, à Saint-Amand-en-Puisaye. Ce n'est pas la première maison de santé, on était plusieurs à s'être organisés localement, mais c'est la première qui a été reconnue et financée. »*** (Michel Serin, médecin généraliste membre de MG France à l'origine de la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye).

Pour Pierre de Haas à l'origine de la maison de santé de Pont d'Ain, face à une demande de soins qui se complexifie, les médecins généralistes arrivent « *logiquement* » – bien que de manière « *tardive* » selon lui – à l'exercice pluriprofessionnel :

> Enquêté : *« Le monde se complexifie,* ***la demande de soins se complexifie****, et on se rend compte qu'****on ne peut pas travailler tout seul*** *face à un monde qui se complexifie. Il y a 30 ans, la santé c'était simple, entre guillemets, on était confronté à des pathologies typiques. Aujourd'hui ça devient de plus en plus compliqué, parfois on se dit : « je vais pas y arriver tout seul ». Et donc la vision des autres professionnels, avec d'autres formations, va nous permettre de voir différemment le sujet.* ***Je suis très limité tout seul si je n'ai pas l'avis d'une infirmière,***

[1] Voir annexe 3 sur les principes d'anonymat.

[2] Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins, qui a été remplacé depuis par le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

l'intervention du pharmacien, de l'assistant social, et cetera, et cetera. Donc si tu[1] veux, je pense que cette évolution est une évolution logique. »

Enquêtrice *: « Ok mais tu crois que c'est une évolution des mentalités naturelle pour des libéraux ? »*

Enquêté *: « **C'est logique, face à la complexité croissante de la santé, on est obligés à un moment donné de nous mettre en équipe pour travailler. Et je pense que les professionnels le font**, même s'ils n'ont pas forcément l'explication, ou qu'ils l'expliqueraient avec d'autres mots. Donc ils y viennent, progressivement, par la force des choses. Mais **cette adaptation à la complexité du monde est très tardive en médecine ambulatoire.** La profession a 20 ans de retard sur la société. J'ai toujours les mêmes exemples qui sont frappants, mais 100% des pompistes prennent la carte bancaire, 25% des médecins prennent la carte bancaire... 100% des véto relancent pour les chats qui ne sont plus à jour des vaccins alors qu'on est à moins de 1% des professionnels de santé en France à le faire pour les humains ! Et cetera, et cetera. Alors que le monde de l'hôpital et des cliniques a déjà beaucoup avancé sur ces sujets-là et sur la réponse pluriprofessionnelle. Les RCP[2] en cancéro, ça fait des années que ça existe par exemple, alors qu'en médecine générale, en soins primaires, les réunions pluriprofessionnelles n'ont commencé qu'avec les maisons de santé. »* (Pierre de Haas, médecin généraliste membre de MG France à l'origine de la maison de santé de Pont d'Ain)

Pour Pierre de Haas, les politiques se sont « *saisi* » de ces expérimentations menées localement par des professionnels libéraux car ils y ont vu le moyen d'atteindre leur propre objectif de réorganisation du secteur ambulatoire, sans choisir un mode de gouvernement coercitif auquel ils ont toujours renoncé de peur de susciter le soulèvement des médecins libéraux :

(Suite de l'entretien) : *« Et je crois que les politiques se sont saisi des maisons de santé qui apparaissaient à droite à gauche, car ils étaient totalement démunis. Il y a un vrai retard en termes de services, et le politique il le voit puisque qu'il est lui-même patient, qu'il se soigne et qu'il entend ses administrés. Et **le politique est démuni car il ne trouve pas la clef. Et qu'en face, il a des professionnels de santé qui sont libéraux, qui sont en liberté d'installation**, même si pour les infirmiers et les pharmaciens y'a un encadrement des installations. Et il se demande comment prendre le problème. Et **tout à coup, il voit les maisons de santé et il y voit la solution à tous les problèmes. Les seuls qui avaient une autre solution c'était une équipe de députés qui osait parler d'encadrer l'installation des généralistes.** Et d'ailleurs, ce serait la seule solution pour un vrai politique, ce serait de dire : « C'est le bazar, on arrête tout, demain y'a plus de libéraux, tout le monde est salarié et c'est l'État qui reprend la main. » **Sauf que tu imagines la manif le lendemain !** Car il y a une opposition historique entre l'État et les libéraux. Enfin ça tu connais, les politiques ont peur depuis toujours en France des professionnels de santé, à cause de toutes les manifs. Toute ma génération a à l'esprit la manifestation sur le pont Alexandre III dans les années 1980, quand les CRS ont chargé les médecins[3]. Depuis, il y a une espèce de fantasme. Ce qui fait que **les politiques ne savent pas***

[1] Je précise que les professionnels de santé rencontrés dans le cadre de cette enquête m'ont souvent tutoyée et que je me suis permis de les tutoyer en retour.

[2] Réunions de concertation pluridisciplinaires.

[3] En juin 1980, une manifestation à l'appel de la CSMF pour protester contre le projet de convention médicale prévoyant notamment la création du secteur 2, s'était conclue par des heurts violents entre les

comment s'occuper de l'organisation des soins primaires et qu'ils ont besoin que des professionnels se saisissent des solutions et qu'ils les mettent en place*. Donc* ***on est quelques leaders de la profession à faire ça, notamment au travers de la Fédération*** [FFMPS]***, et on est soutenus par les politiques. »***

Une nouvelle fédération professionnelle qui fait la promotion des MSP

Ces médecins qui acceptent de transformer leurs modalités d'exercice sont entrainés par quelques « *leaders* », à la fois au niveau des territoires avec des professionnels porteurs d'initiatives localement, mais aussi au niveau national avec des médecins capables de faire entendre les besoins de la profession et de négocier avec les autorités publiques. Ainsi témoignait Luc Duquesnel, président de la branche des généralistes de la CSMF, et lui-même investi dans un projet de pôle de santé sur son territoire :

> *«* ***Il nous fallait des leaders****. Des* ***leaders sur les territoires****, qui voulaient faire bouger les choses. Parce que sur un territoire, s'il n'y a pas de leader, il n'y a pas de MSP. Le leader fait prendre conscience aux autres professionnels des problèmes, il entraîne le groupe. Mais aussi des* ***leaders nationaux. Et au niveau national, c'était Pierre de Haas, très clairement****. Pour moi,* ***la FFMPS a été un acteur majeur****. Ça nous a permis d'avancer beaucoup plus vite, parce qu'on avait une* ***représentativité dans les différents groupes de travail, à la HAS***[1] ***ou à la DGOS***[2] *sur les soins primaires. C'était de nouveaux espaces de réflexion qui n'existaient pas auparavant. »* (Luc Duquesnel, médecin généraliste président des Généralistes-CSMF, à l'origine d'un pôle de santé à Mayenne)

S'appuyant sur leurs propres expériences de terrain, Michel Serin et Pierre de Haas créent la FFMPS en 2008[3]. Cette nouvelle fédération professionnelle se donne alors pour missions de représenter et d'accompagner les professionnels de santé investis dans des projets de maison ou de pôles de santé et de promouvoir l'exercice pluriprofessionnel en soins primaires auprès des autorités publiques. Dans son analyse consacrée à la FFMPS, Nadège Vezinat montre que cette fédération est parvenue à s'imposer rapidement comme un partenaire

---

forces de l'ordre et les médecins (*Le Quotidien du médecin*, « Ces manifestation qui ont marqué l'histoire médicale », 13/03/2015 ; (Carlioz, 2013)).

[1] Haute Autorité de Santé.

[2] Direction Générale de l'Offre de soins.

[3] Le rapport Juilhard de 2007 fait déjà référence à une fédération professionnelle alors présidée par Michel Serin, la Fédération Nationale des Maisons de Santé (FNMS), qui deviendra la FFMPS en 2008 : « Une fédération nationale des maisons de santé existe depuis un peu plus d'un an, sans que l'on puisse se prononcer sur sa représentativité » (Juilhard, 2007, p. 39).

incontournable du ministère de la Santé et des ARS dans le processus de structuration des soins primaires (Vezinat, 2019, 2020) et que ce partenariat repose sur une « *communauté d'intérêt* » (Vezinat, 2020, p. 85) : alors que les autorités sanitaires cherchent à répondre aux besoins de santé de la population, les médecins de la FFMPS défendent un nouveau modèle d'exercice susceptible d'améliorer à la fois la qualité des soins et leurs conditions de travail. Et, pour les premières comme pour les seconds, les MSP sont considérées comme un moyen d'atteindre ces objectifs. Nadège Vezinat montre que la FFMPS s'affirme comme un « *entrepreneur de cause* » (Vezinat, 2019), qui parvient à intervenir dans la définition du problème d'accès aux soins et dans l'orientation des réformes pour y répondre. S'appuyant sur une certaine conception des soins notamment promue par MG France (l'accès aux soins, l'exercice pluriprofessionnel, le développement de la santé publique…) et la légitimité de ses représentants (entrepreneurs locaux qui ont eux-mêmes monté des MSP et qui sont identifiés par les autorités publiques), la FFMPS parvient à mobiliser de plus en plus de professionnels autour du nouveau modèle d'exercice qu'elle propose (en 2019, plus de la moitié des 1 200 MSP recensées sur le territoire étaient adhérentes à la fédération (Vezinat, 2019)), et à intéresser la puissance publique (en atteste notamment la présence systématique du ministère de la Santé, de plusieurs directeurs d'ARS ainsi que du directeur de l'Assurance Maladie aux rencontres annuelles organisées par la FFMPS). Pour Pierre de Haas, l'une des missions de la fédération est d'ailleurs de faire le lien entre les professionnels « *pionniers* » des MSP et les « *politiques* » :

> *« Alors **il y avait des pionniers** avant, hein. C'est pas parce que nous* [la FFMPS]*, on a dit qu'il fallait le faire qu'ils l'ont fait. On a découvert **des professionnels qui faisaient ça depuis 10 ou 20 ans !** Mais justement, il fallait le faire savoir. **Parce que si on le fait savoir, les politiques vont s'en saisir.** »* (Pierre de Haas, médecin généraliste membre de MG France à l'origine de la maison de santé de Pont d'Ain et président de la FFMPS de 2009 à 2017)

Si la filiation de la FFMPS avec MG France est évidente – ses fondateurs étant issus des rangs de ce syndicat – la fédération s'est progressivement dissociée de cette organisation syndicale. En atteste notamment le changement de président de 2017, lors duquel Pierre de Haas a cédé la place à Pascal Gendry, non-syndiqué chez MG France. L'actuel président de MG France, Jacques Battistoni, soulignait lui-même en entretien la prise de distance entre MG France et la FFMPS, qu'il considère aujourd'hui comme un « *objet non-syndical* », dont le rôle est d'accompagner les professionnels sur le terrain en dehors des logiques syndicalistes :

> *« **MG France est à l'origine de la création de la FFMPS, ce n'est un secret pour personne**. Avec des médecins comme Michel Serin ou Pierre De Haas, adhérents au syndicat. Pierre de*

Haas a même été secrétaire général de MG France. Quand nous avons constaté il y a une dizaine d'années que le concept de MSP était amené à se développer, et à avoir de l'avenir, MG France a accompagné et encouragé la création de la FFMPS. Puis ***la FFMPS a pris son autonomie****, ce qui est normal.* ***Elle est devenue un objet non-syndical*** *alors qu'initialement c'était une association qui émanait de chez nous. Pascal Gendry n'adhère pas à notre syndicat.* ***Mais nous partageons un certain nombre de valeurs communes, autour d'un système de santé organisé, sur la place des soins primaires****, sur la nécessité que les professionnels soient formés pour ça, soient payés pour ça. Ce sont des choses qu'on partage avec la FFMPS. Elle a pris son autonomie et de temps en temps, nous ne sommes pas d'accord. Chaque structure a sa vie propre.* ***La FFMPS est devenue autonome par rapport au syndicat et c'est normal, d'autant que son rôle est d'aider tous les professionnels qui le souhaitent, sur le terrain****. »* (Jacques Battistoni, médecin généraliste, actuel président de MG France)

Si les pionniers des MSP et les fondateurs de la FFMPS sont ainsi issus des rangs de MG France, d'autres professionnels se sont progressivement ralliés à ce nouveau modèle d'exercice, dans un contexte de recomposition des relations intersyndicales notamment avec le développement des négociations interprofessionnelles avec l'Assurance Maladie (Hassenteufel, 2019).

L'émergence d'une coalition professionnelle autour des MSP

L'histoire du syndicalisme médical français montre que MG France et la CSMF n'ont pas toujours fait front uni face aux autorités sanitaires. Mais l'arrivée de Luc Duquesnel à la présidence de la branche des généralistes de la CSMF[1], en 2013, marque un moment d'inflexion dans la ligne de ce syndicat. Ce médecin généraliste, témoignait en entretien des dissensions au sein de la CSMF au moment de son élection, entre la branche des généralistes et les médecins spécialistes qui avaient « *une vision du médecin généraliste comme un professionnel de deuxième catégorie* », ce qui participe à expliquer selon lui « *le fait que jusqu'en 2013, la CSMF ait pu sembler un peu en retrait sur la question du regroupement de premier recours* ». Patrick Hassenteufel constate par ailleurs une affirmation croissante des organisations représentatives des jeunes médecins généralistes, notamment avec la création du SNJMG[2] en 1991 et de ReAGJIR[3] en 2008, qui se positionnent en faveur de l'exercice pluriprofessionnel, des

[1] Alors l'UNOF-CSMF (Union Nationale des Omnipraticiens Française), qui s'appelle aujourd'hui Les Généralistes-CSMF.

[2] Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

[3] Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

délégations de tâches aux autres professionnels de santé et du développement des rémunérations forfaitaires (Hassenteufel, 2019). Ce que nous avons pu constater nous-mêmes sur le terrain : un représentant d'une organisation représentative des internes en médecine, ISNAR-IMG[1], confirmait l'intérêt des internes en médecine pour l'exercice regroupé pluriprofessionnel lors des rencontres annuelles de la FFMPS en 2018[2] et un représentant de ReAGJIR, entendu lors du séminaire sur les soins primaires que nous avons organisé à la Chaire Santé de Sciences Po la même année (Bergeron et Moyal, 2019), partageait le constat d'une volonté des jeunes médecins d'exercer de manière pluriprofessionnelle, en MSP ou en centres de santé.

Plusieurs organisations représentatives des autres professions de soins primaires se positionnent également en faveur de l'exercice pluriprofessionnel en MSP. Parmi les infirmiers, le SNIIL[3] s'est montré dès le départ intéressé par cette évolution des modalités d'exercice et a fait le choix de participer aux réflexions aux côtés de MG France (ce qui n'est toutefois pas le cas du deuxième principal syndicat infirmier, la FNI[4], nous y revenons plus loin). Aux dires d'une représentante du SNIIL rencontrée en entretien, il s'agissait pour la profession de définir elle-même la place et le rôle des infirmiers dans ces organisations :

> *« **Quand la question du regroupement professionnel s'est posée, il était important que nous, les infirmiers, on se positionne avec notre rôle propre**. Dans le regroupement, il était extrêmement important de **définir les contours d'une collaboration entre professionnels**. Il n'était pas question qu'on laisse les médecins s'emparer seuls du sujet. Et du coup, l'idée est venue d'un regroupement de syndicats infirmiers et médecins, dont **le SNIIL et MG, qui se sont vraiment inscrits dans la coopération**. »* (Infirmière, représentante du SNIIL)

D'autres organisations professionnelles ont pris parti pour les MSP. Chez les pharmaciens, l'USPO[5] est favorable à ce nouveau modèle d'exercice et Brigitte Bouzige, vice-présidente de ce syndicat est d'ailleurs également vice-présidente de la FFMPS. Celle-ci constatait toutefois en entretien une peur de la concurrence chez certains de ses confrères (ceux-ci craignant que l'officine située le plus proche de la MSP capte l'essentiel de la patientèle de

---

[1] InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.

[2] Intervention entendue dans le cadre de l'atelier « Étudiants, jeunes professionnels, professionnels qui découvrez les MSP : qu'attendez-vous de ce mode d'exercice ? », Rencontres annuelles de la FFMPS, Nantes, mars 2018.

[3] Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux.

[4] Fédération Nationale des Infirmiers.

[5] Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine.

la structure)[1]. Elle insiste ainsi sur le fait que les pharmaciens n'ont pas vocation à changer de lieu d'implantation mais ont au contraire « *un rôle primordial de proximité* (...), *la population trouvant là une porte d'entrée dans le système de soins primaires* » (Bouzige, 2020, p. 297). De son côté, la FSPF[2] se dit favorable au développement de la coordination avec les médecins généralistes, les infirmiers et les autres professionnels de ville, mais défend en premier lieu la préservation du « *maillage territorial* » pharmaceutique et ainsi le maintien des officines sur les territoires, comme nous l'a expliqué en entretien une représentante de cette organisation. L'actuel président de MG France (Jacques Battistoni) ainsi que le président de la FFMPS (Pascal Gendry) soulignaient par ailleurs l'intérêt d'autres professions pour l'exercice pluriprofessionnel en MSP, notamment les pédicures-podologues, les orthophonistes et les sages-femmes. Nous constatons finalement la formation d'une coalition d'acteurs professionnels qui ont pris collectivement part aux négociations qui ont eu lieu en 2017 autour de l'encadrement des NMR. L'ACI a en effet été signé entre l'Assurance Maladie et 25 organisations professionnelles, parmi lesquelles MG France et la CSMF, mais aussi la FMF et des organisations représentatives des infirmiers, des pharmaciens, des sages-femmes, des podologues, des orthoptistes et des biologistes (voir encadré 4). Notons cependant qu'alors que des masseurs-kinésithérapeutes sont présents localement en MSP, ils ne sont pas signataires de l'ACI. Comme nous l'expliquait un ancien représentant de la FFMKR[3], sans être opposé à ce modèle d'exercice, ce syndicat ne le pense pas adapté aux besoins de tous les masseurs-kinésithérapeutes sur les territoires. Le nouvel accord-cadre interprofessionnel (ACIP) signé le 10 octobre 2018 confirme quoi qu'il en soit le soutien généralisé à l'exercice coordonné, dans ses différentes formes (maisons, pôles, centres de santé mais aussi équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé, que nous présentons plus loin) : les 24 organisations signataires (représentatives de la profession médicale, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des biologistes, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes, des orthoptistes, des pédicures-podologues, mais aussi des audioprothésistes et des transporteurs sanitaires[4]) y affirment en effet conjointement « *la*

[1] Entretien téléphonique, non enregistré.

[2] Fédération des pharmaciens d'officine

[3] Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs.

[4] Liste des organisations signataires de l'Accord-Cadre Interprofessionnel entre l'Union nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et l'Union Nationale des Professionnels de Santé du 10 octobre 2018 : médecins (CSMF, SML, MG France), chirurgiens-dentistes (CDF, UD), sages-femmes (ONSSF,

nécessité de faire évoluer dans les prochaines années l'ensemble des professionnels de santé vers un exercice coordonné ».

Ainsi, le cadrage communément accepté du problème d'accès aux soins et la rencontre ou l'« *alignement* » (Benford et Snow, 2000 ; Snow et al., 1986) d'intérêts politiques et professionnels a finalement permis de fédérer la puissance publique et toujours davantage de professionnels libéraux (au-delà des médecins généralistes « *pionniers* ») autour du principe de l'exercice collectif pluriprofessionnel et d'une solution acceptable – les MSP – sans les opposer sur la méthode de réforme.

Des évaluateurs qui contribuent à légitimer la solution MSP

Derrière cette « *promotion conjointe* » des MSP par la puissance publique et des professionnels de santé libéraux (Vezinat, 2020), demeure la question de savoir si ce nouvel instrument répond aux objectifs visés : l'exercice pluriprofessionnel en MSP permet-il de maintenir ou d'attirer de nouveaux médecins généralistes dans les « *déserts médicaux* » ? De répondre aux besoins de santé d'une population vieillissante et poly-pathologique ? D'améliorer la coordination entre professionnels et ainsi un recours plus efficient aux compétences de chacun ?

Depuis 2009 et une première évaluation sur un échantillon réduit de neuf structures (Bourgueil et al., 2009), l'Irdes publie régulièrement des données sur les effets de l'exercice pluriprofessionnel (en MSP ainsi qu'en pôles et en centres de santé) et des nouveaux modes de rémunération, à la fois sur l'offre de soins et les pratiques des professionnels de santé. Ces études confirment que les MSP sont une réponse aux objectifs d'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'efficience[1] des soins, ainsi qu'un moyen d'améliorer les conditions d'exercice

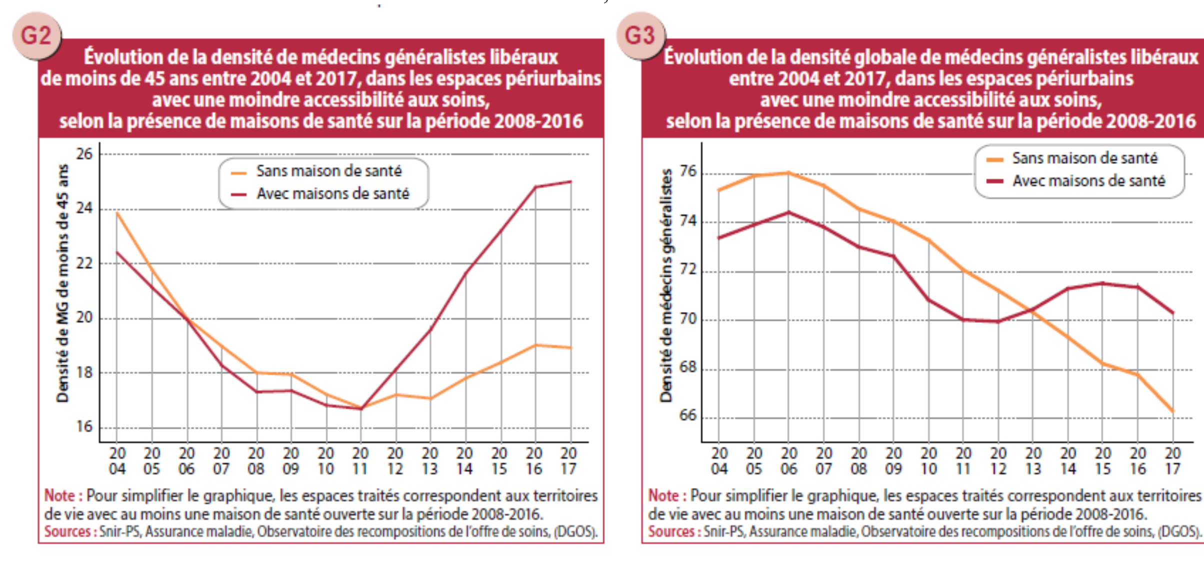
UNSSF), pharmaciens (FSPF, USPO), biologistes (SDC, SLBC, SNMB), infirmiers (CI, FNI, SNIIL), masseurs-kinésithérapeutes (FFMKR, UNSMKL), orthophonistes (FNO), orthoptistes (SNAO), pédicures-podologues (FNP), audioprothésistes (UNSAF), transporteurs sanitaires (FNAP, CNSA, FNAA).

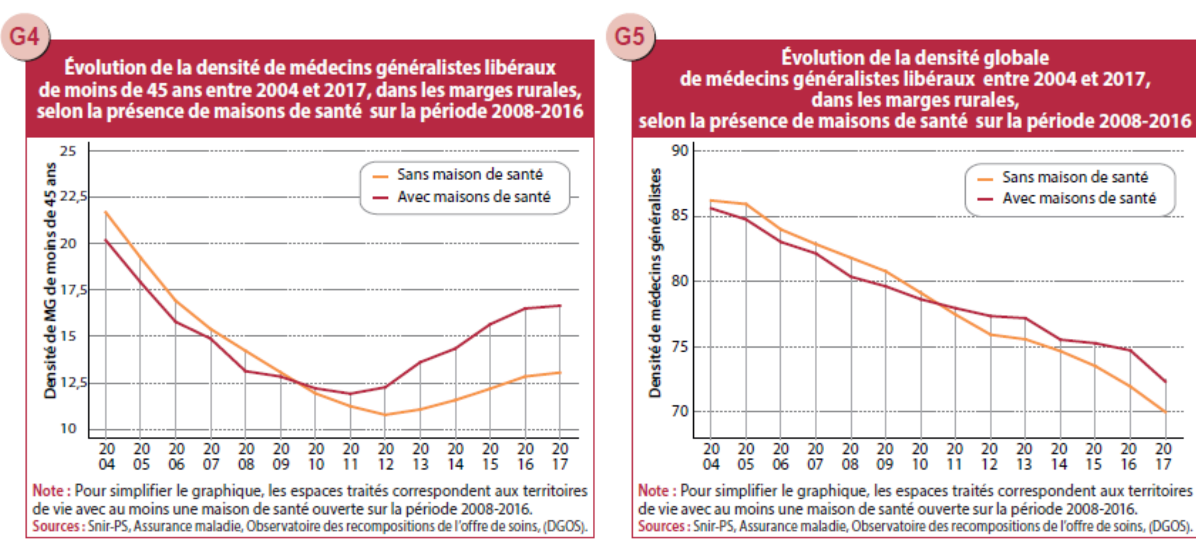
[1] Nous reprenons la définition de l'efficience proposée par l'économiste Julien Mousquès rattaché à l'Irdes : « *L'efficience productive* [au sein d'un cabinet d'exercice individuel ou collectif] *indique dans quelle mesure un cabinet utilise de manière optimale les ressources physiques à disposition (inputs) pour un niveau donné de production (output). Il s'agit de produire la plus grande quantité d'outputs possible à quantité d'inputs donnée.* » (Mousquès, 2011, p. 261)

des professionnels. Concernant la question de l'accès aux soins, les chercheurs de l'Irdes constatent que les MSP sont implantées de manière préférentielle sur les territoires caractérisés par une offre fragile de soins primaires et où les besoins de soins des populations sont plus importants (Chevillard, 2015 ; Chevillard et al., 2013 ; Chevillard et Mousquès, 2020). La dernière étude de l'Irdes sur l'implantation des MSP et leur impact sur la densité médicale (Chevillard et Mousquès, 2020) montre en effet qu'au 1er janvier 2020, 61% des MSP sont implantées dans deux types de territoires qui présentent les niveaux les plus faibles d'APL (accessibilité potentielle localisée) en soins primaires : 35,5% sont implantées dans les marges rurales (espaces ruraux éloignés des villes) et 25,8% dans les espaces périurbains (territoires situés en deuxièmes couronnes de pôles urbains ou en campagnes périurbaines), caractérisés tous deux par une moindre accessibilité aux soins, et seulement 6,9% dans les villes ou couronnes urbaines favorisées (voir l'encadré 6 ci-dessous sur l'implantation des MSP et l'identification des différents territoires par l'Irdes). Quant à l'impact des MSP sur l'évolution de la densité médicale, cette même étude montre que la présence de MSP permet de maintenir l'offre médicale (ou d'amortir sa raréfaction en ce qui concerne les marges rurales), notamment car elle favorise l'installation de jeunes médecins généralistes (c'est-à-dire âgés de moins de 45 ans). Nous reproduisons ci-dessous quatre graphiques produits par l'Irdes permettant de rendre compte de ces évolutions de la densité médicale sur ces deux types de territoires. Concernant les espaces périurbains, le premier graphique montre que dans les territoires dotés de MSP comme dans ceux qui ne le sont pas, la densité de jeunes médecins diminue jusqu'en 2011 et augmente ensuite, mais de manière plus marquée dans les territoires où sont implantées des MSP. En 2017, les espaces urbains avec des MSP présentaient ainsi une densité de jeunes médecins généralistes libéraux de 24,9 pour 100 000 habitants, contre 19,4 pour les territoires sans MSP. Le second graphique montre que la densité globale en médecins généralistes libéraux (quels que soient leurs âges) a diminué sur la période, mais est supérieure sur les territoires dotés de MSP. Concernant les marges rurales, le premier graphique montre que la densité des jeunes médecins généralistes diminue dans tous les territoires, mais que la situation s'améliore plus tôt et plus rapidement dans les territoires dotés de MSP. En 2017, les marges rurales où sont implantées des MSP ont ainsi une densité de jeunes médecins généralistes de 17,2 pour 100 000 habitants, contre 13,3 pour les autres. Le deuxième graphique montre qu'en ce qui concerne la densité globale de médecins généralistes, l'évolution est clairement négative dans les marges rurales, mais que la situation est moins défavorable dans les territoires dotés de MSP.

Graphiques sur l'évolution de la densité médicale dans les espaces périurbains et les marges rurales caractérisés par une moindre accessibilité aux soins

Source : Guillaume Chevillard, Julien Mousquès, « Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? », Questions d'économie de la santé n°247, mars 2020, Irdes.





La présence de MSP permet par ailleurs d'étendre la gamme de services de santé proposés à la population et notamment l'offre de santé publique (prévention, dépistage et éducation thérapeutique du patient) (Bourgueil et al., 2009 ; Fournier, 2015 ; Fournier, Frattini et Naiditch, 2014b).

Concernant la qualité et l'efficience des soins, l'Irdes observe un gain de productivité parmi les médecins qui exercent dans des structures bénéficiant des nouveaux modes de rémunération (Mousquès, 2015). En effet, sur la période 2010-2014 (correspondant à

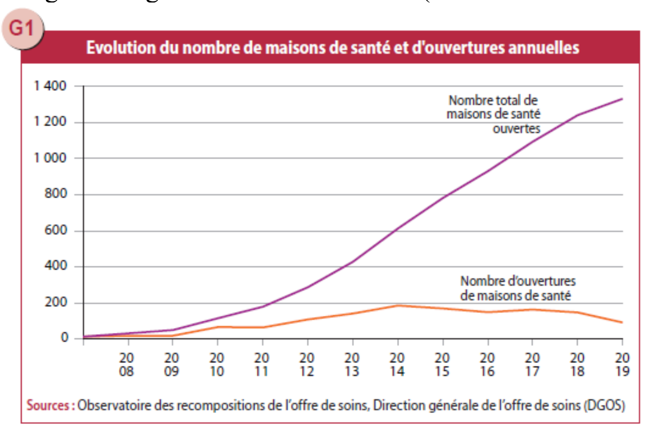
l'Expérimentation des NMR), l'activité de médecine générale était supérieure dans les structures participant à l'ENMR par rapport à celles qui n'y participaient pas, à la fois concernant le nombre de patients inscrits dans le dispositif du médecin traitant (+15,6%), la file active de patients (+13,4%) et le nombre d'actes délivrés (2%). De plus, les dépenses annuelles des patients inscrits médecins traitants étaient plus faibles dans les structures participant à l'ENMR (-9%), notamment pour les dépenses afférentes aux soins de spécialités et aux dépenses de pharmacie. L'Irdes constate par ailleurs une amélioration des pratiques des médecins qui exercent dans des structures pluriprofessionnelles comparativement à ceux qui sont en exercice isolé, en matière de suivi des patients diabétiques de types 2, de vaccination, de dépistage et de prévention ainsi que d'efficience des prescriptions médicamenteuses (ce dernier point traduit une plus importante acquisition des médicaments génériques par les médecins dans ces structures) (Mousquès et Daniel, 2015). La prise en charge des pathologies chroniques est également facilitée par un nouveau dispositif de délégations de tâches entre médecins généralistes et infirmiers, appelé Asalée[1], notamment développé en MSP (Afrite, Franc et Mousquès, 2019 ; Fournier, Bourgeois et Naiditch, 2018). Concernant les conditions d'exercice des médecins généralistes, l'Irdes observait une diminution du temps de travail hebdomadaire de chaque médecin malgré une amplitude horaire d'ouverture plus importante en MSP comparée aux autres formes d'exercice en médecine générale, du fait d'un partage de la charge de travail entre généralistes (et notamment entre médecin traitant et autres médecins de la structure) et d'une coopération accrue avec les professionnels paramédicaux (Bourgueil et al., 2009 ; Fournier, Frattini et Naiditch, 2014b).

Le travail d'évaluation réalisé par les chercheurs de l'Irdes confirme finalement la pertinence de la solution MSP pour répondre aux intérêts – *alignés* – des acteurs professionnels et politiques et devient, selon nous, une ressource pour la promotion des MSP. Nadège Vezinat remarque d'ailleurs que les professionnels de la FFMPS ainsi que les représentants de l'administration sanitaire et de l'Assurance Maladie font fréquemment référence aux études de l'Irdes pour justifier de l'impact positif des MSP et des NMR (Vezinat, 2020).

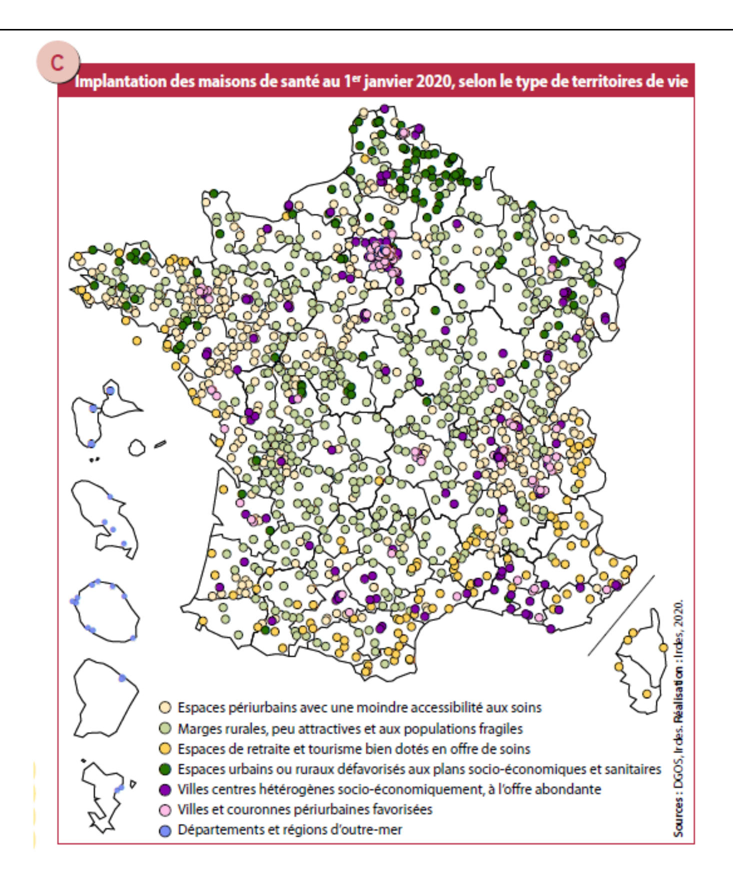
[1] Asalée (pour Action de santé libérale en équipe) est un dispositif apparu en 2004 pour développer les délégations d'actes des médecins généralistes vers les infirmiers, en matière de dépistage et de suivi des pathologies chroniques et qui est notamment déployé en MSP. Nous analysons les implications de ce dispositif dans le chapitre 6.

Encadré 6 – L'implantation des MSP sur le territoire national

Une étude récente publiée par des chercheurs de l'Irdes (Chevillard et Mousquès, 2020) rend compte de l'évolution du nombre de MSP et de leur implantation sur le territoire.
D'après l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins (au sein de la DGOS), ces structures sont passées de 20 en 2008 (moment de leur entrée dans la loi) à 1 332 en 2020 (rappelons toutefois que plusieurs organisations informelles prenaient déjà la forme de MSP avant leur définition légale et peuvent ne pas être comptabilisées ici, n'ayant pas de projets de santé validés par l'ARS). Le graphique ci-dessous retrace l'évolution du nombre total de MSP sur le territoire ainsi que du nombre de structures qui ouvrent chaque année.
Fin 2018, 65% des MSP en fonctionnement avaient signé l'ACI (735 structures sur les 1 153 ouvertes), alors qu'elles étaient 437 à avoir signé le Règlement Arbitral en 2016 (cf. encadré 4 sur les NMR).



L'Irdes remarque que les premières MSP étaient implantées en majorité sur des territoires ruraux alors que les plus récentes sont de plus en plus nombreuses à être implantées en milieu urbain : entre 2010 et 2015, 40% des MSP ouvertes étaient rurales, proportion qui est tombée à 25% pour les structures ouvertes entre 2015 et 2019.
Les MSP sont présentes dans toutes les régions, mais avec des disparités interrégionale (ainsi qu'au sein des régions). La Bretagne, les Pays-de-la-Loire, les Hauts-de-France ainsi que la région Auvergne-Rhône-Alpes présentent les maillages les plus denses de MSP, ce que l'Irdes explique par le fait que des territoires « *pionniers* » en matière de soutien aux MSP y sont situés.
Au 1er janvier 2020, 61% des MSP étaient implantées dans les deux types de territoires identifiés par l'Irdes comme ayant les plus faibles niveaux d'APL aux soins primaires (cf. classification des territoires de vie ci-dessous) : 35,5% étaient localisées dans les marges rurales et 25,8 % dans les espaces périurbains, contre 6,9% dans les villes et couronnes urbaines favorisées.



Différents types de territoires de vie :
La typologie socio-sanitaire des territoires proposée par Guillaume Chevillard et Julien Mousquès distingue les territoires en fonction de l'accessibilité aux soins, des caractéristiques de la population et de leur attractivité (Chevillard et Mousquès, 2018).

- **Espaces périurbains** (territoires situés en deuxièmes couronnes périphériques de pôles urbains ou en campagnes périurbaines) **avec une moindre accessibilité aux soins primaires** : ces territoires, qui concentrent 21,2% de la population, sont caractérisés par une plus forte croissance de la population, qui est relativement plus jeune que la moyenne nationale et au sein de laquelle sont légèrement surreprésentés les ouvriers, et par un état de santé dans la moyenne. L'APL aux différents professionnels de premier recours est inférieure à la moyenne métropolitaine.
- **Marges rurales** (espaces ruraux éloignés des villes) **peu attractives et aux populations fragiles** : ces territoires, qui représente 13,2% de la population, sont caractérisés par une population plus défavorisée avec une surreprésentation des ouvriers et des personnes âgées, et par des indicateurs de santé défavorables. L'APL est également inférieure à la moyenne et marquée par une diminution de la densité de médecins généralistes.
- **Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins** (7,4% de la population).
- **Espaces urbains ou ruraux défavorisés sur les plans socio-économiques et sanitaires mais où l'accessibilité aux soins est proche de la moyenne nationale** (11,0% de la population).
- **Villes centres, hétérogènes socio-économiquement et bien dotées en offre de soins** (29,3% de la population).
- **Villes et couronnes périurbaines favorisées sur les plans socio-économique et sanitaire** (17,6% de la population).
- **Départements et régions d'outre-mer.**

Source : Guillaume Chevillard, Julien Mousquès, « Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? », Questions d'économie de la santé n°247, mars 2020, Irdes

3) Les MSP, un « *modèle unique* » qui ne convient pas à tous les professionnels de santé libéraux

Parce qu'elles sont considérées comme susceptibles de répondre simultanément aux différents enjeux qu'identifient la puissance publique dans le secteur ambulatoire sans contraindre les professionnels libéraux, les MSP bénéficient d'un soutien politique affiché avec constance depuis 2009 et captent l'essentiel des aides allouées à la réorganisation du secteur ambulatoire. Ainsi le regroupement en MSP (ou en centres de santé) a-t-il longtemps été un prérequis pour toucher les NMR, comme si les soins coordonnés pluriprofessionnels et la santé publique se confondaient avec ces structures. Plusieurs voix s'élèvent cependant contre l'imposition d'un modèle décrit comme « *unique* » alors qu'il ne répond aux attentes que d'une minorité de professionnels[1], et des organisations alternatives émergent progressivement. Celles-ci continuent toutefois de s'inscrire dans le paradigme des soins primaires.

Un mode d'exercice trop « *exigeant* » ?

L'union progressive de différentes organisations professionnelles autour de l'exercice pluriprofessionnel en MSP, qui a permis la signature intersyndicale de l'ACI en 2017, n'empêche pas certains professionnels de s'opposer à la généralisation de ces structures, notamment au sein de la profession médicale, et les premiers promoteurs des MSP reconnaissent eux-mêmes que ce mode d'exercice est « *exigeant* » voire inatteignable pour de nombreux professionnels de soins primaires.

Nous avons déjà expliqué la singularisation de MG France sur la question de l'organisation des soins primaires et plus spécifiquement des MSP. Si la CSMF s'est ralliée à cette cause en 2013 et a signé l'ACI en 2017, son président Jean-Paul Ortiz mettait toutefois en garde contre l'imposition d'un modèle d'organisation unique, dans un communiqué datant de 2017 : « *Il n'y a pas de solution miracle, c'est forcément un puzzle de propositions qu'il faut*

[1] L'exercice en MSP n'a été choisi que par une minorité des professionnels libéraux du secteur ambulatoire à ce stade : à titre d'exemple, les médecins généralistes exerçant en MSP en 2018 étaient 3 554 (Assurance Maladie, 2019) sur un total de 87 801 médecins généralistes en activité régulière enregistrés par l'Ordre national des médecins (Mourgues et CNOM, 2018). Notons toutefois que cette part a été multipliée par près de 5 entre 2013 et 2018 : elle est passée de 2 650 professionnels de santé exerçant dans 235 MSP en 2012 à 13 096 professionnels dans 1 153 structures ouvertes en 2018 et l'Assurance Maladie constate une hausse de 37% des professionnels exerçant en MSP entre 2017 et 2019 (Assurance Maladie, 2019).

prendre. (...) *La maison de santé pluriprofessionnelle est un modèle parmi d'autres : toutes les formes d'organisation territoriale de médecins regroupés, médecins généralistes et médecins spécialistes, doivent être encouragées*[1] ». Il regrettait que les maisons et les centres de santé soient les seules structures accompagnées financièrement par les pouvoirs publics dans le dernier plan gouvernemental, excluant ce faisant la médecine libérale spécialisée qu'il considère « *essentielle pour une prise en charge de proximité adaptée et pour éviter les recours non justifiés et coûteux à l'hôpital.*[2] » Également signataire de l'ACI, la FMF était clairement opposée aux MSP au début des années 2010 : dans un communiqué intitulé « *non au "label" maisons de santé*[3] », ce syndicat comparait les MSP aux dispensaires du début du XXe siècle et aux actuels centres de santé. Il estimait que les MSP « *ne* [seraient] *pas l'avenir de la santé en France sous peine d'une explosion des coûts*[4] ». En 2017, la FMF décidait toutefois de signer l'ACI aux côtés de MG France et de la CSMF, avec comme objectif à terme de pouvoir « *négocier plus facilement avec la CNAM* » pour « *faire bénéficier TOUS les médecins d'un forfait structure digne de* ce *nom, à la hauteur et en correspondance avec les rémunérations ACI*[5] » (et non seulement les médecins exerçant en MSP). Sans s'opposer ainsi aux MSP, le président de cette organisation, Jean-Paul Hamon, proposait des solutions alternatives, notamment des « *pôles médecins* » dans lesquels les médecins peuvent partager leurs dossiers et leurs internes[6]. Quant au SML, il reste aujourd'hui le plus réticent aux MSP et a refusé de signer l'ACI : dans un communiqué d'avril 2017, le syndicat rappelait son attachement au principe de liberté de la médecine libérale et expliquait son choix de ne pas signer « *un accord destiné à favoriser le développement d'un exercice médical sous contrainte dans des MSP*

---

[1] Communiqué de la CSMF du 26/09/2017 : http://www.csmf.org/actualites/2017-09-26-000000/grand-plan-dinvestissement-en-sante-des-miettes-pour-la-medecine, consulté le 09/09/2020.

[2] *Ibid.*

[3] Communiqué de la FMF du 20/01/2010, https://www.fmfpro.org/union-generaliste-dit-non-au-label-maisons-de-sante.html, consulté le 09/09/2020.

[4] Réponse de la FMF au think tank Terra Nova, publiée sur le site Médiapart le 02/09/2012 : https://blogs.mediapart.fr/edition/quoi-de-neuf-docteur/article/020912/la-federation-des-medecins-de-france-fmf-repond-ter, consultée en ligne le 09/09/2020.

[5] Communiqué de la FMF du 08/05/2018, https://www.fmfpro.org/l-aci-accord-conventionnel-interprofessionnel.html, consulté le 09/09/2020.

[6] *20 minutes,* « Doubler le nombre de maisons de santé, une mesure vraiment efficace ? », 16/10/2017, https://www.20minutes.fr/sante/2150015-20171013-doubler-nombre-maisons-sante-mesure-vraiment-efficace, consulté en ligne le 09/09/2020.

perfusées de financements publics, qui créent une inégalité de traitement entre médecins » (en MSP et hors MSP) et évoquait un « *chantage à la subvention publique* ». Ce syndicat reconnaissait toutefois que « *l'exercice regroupé* [correspondait] *à une aspiration réelle des médecins libéraux* » mais insistait sur le fait que « *sa mise en œuvre ne* [devait] *pas être univoque* » et que les médecins devaient rester libres d'exercer seuls ou à plusieurs, entre médecins ou avec d'autres professionnels de santé : « *la libre association des médecins libéraux, en mono ou pluri-spécialités, ou encore avec d'autres libéraux de santé, demeure la réponse la plus pertinente pour assurer l'avenir de la médecine libérale de proximité*[1] ». De son côté, le CNOM a progressivement adopté une position d'ouverture face aux MSP, qu'il considère aujourd'hui comme une des « *initiatives réussies dans les territoires*[2] » pour améliorer l'accès aux soins, mais son président Patrick Bouet insistait également sur le fait que « *la maison de santé* n'[était] *pas la seule forme de travail en commun*[3] ».

Au sein même de MG France, des médecins reconnaissent que le modèle MSP est trop « *exigeant* » pour correspondre aux attentes de tous les professionnels qui ne sont pas aussi « *militants* » que les pionniers de la FFMPS. Revenant sur sa propre expérience, l'actuel président de MG France témoigne ci-dessous du « *temps de maturation* » nécessaire pour parvenir au modèle « *très abouti* » des MSP et regrette que les professionnels qui ne parviennent pas à cette cible ne puissent pas bénéficier de rémunérations. Il espère que les nouvelles Équipes de Soins Primaires (ESP) (organisations introduites par la loi de modernisation du système de santé de 2016 constituées de professionnels de soins primaires qui décident de se coordonner autour d'une problématique spécifique sur un territoire sans s'engager à écrire un projet de santé au sens de l'ACI) permettront à d'autres formes de coopération pluriprofessionnelle d'être soutenues par les pouvoirs publics :

> *« Je pense que maintenant, si le nombre de MSP a tendance à stagner, c'est qu'* ***on a fait le plein des pionniers, des plus motivés****. Donc* ***il faut probablement qu'on soit moins exigeants vis-à-vis des gens qui sont moins militants aujourd'hui****, car* ***ce n'est pas non plus un cadre adapté pour tout le monde****. Dans ma propre expérience locale, on a passé un temps très long à se connaître, à briser la glace. Ce* ***temps de maturation est utile et parfois indispensable****.*

---

[1] Communiqué du SML publié le 20/04/2017, http://www.lesml.org/fr/12-actualites-du-sml.php?actu=3987-msp-le-sml-ne-participera-pas-a-laci-pour-preserver-lexercice-liberal-pour-tous, consulté le 09/09/2020.

[2] CNOM, « Initiatives réussies dans les territoires » : https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/initiatives-reussies-territoires, consulté le 02/09/2020.

[3] *Le Parisien,* « Plan anti-déserts médicaux : "Tout est centré sur les maisons de santé" », 14/10/2017.

Aujourd'hui, on ne peut pas demander à une nouvelle équipe de passer directement à l'étape d'après et à exercer tout de suite comme on exerce nous après 10 ans*. Il y a un* ***hiatus très signifiant, entre le nombre total de MSP et le nombre de celles qui sont dans l'accord conventionnel interprofessionnel****. Aujourd'hui, une moitié environ est hors ACI. Et l'Irdes se rapproche justement des structures hors ACI pour comprendre pourquoi ça bloque.* ***La MSP, c'est un modèle très abouti : on pourrait commencer par rémunérer certains aspects de base d'abord. C'est ce qu'on discute aujourd'hui pour les équipes de soins primaires.*** *»* (Jacques Battistoni, médecin généraliste, actuel président de MG France)

C'est dans ce contexte que des médecins généralistes issus de MG France ont décidé de créer la Fédération des Soins Primaires (FSP), fin 2016, dont la mission est de promouvoir les soins primaires et non spécifiquement les MSP. Philippe Marissal, membre du comité directeur de MG France, nous présente cette nouvelle fédération dont il a été le premier président et évoque la « *vision élitiste* » des soins primaires promue par la FFMPS :

Interviewé : *«* ***Pour nous c'est clair, il n'y a pas de modèle unique. Il y a un modèle qui séduit les politiques parce qu'ils ont l'impression que c'est LA réponse****. Quand on a fait l'an dernier, juste avant les élections présidentielles, un colloque sur le sujet des déserts médicaux, c'était leur truc : « On va construire des maisons de santé ». Mais y'a beaucoup de coquilles vides, des beaux bâtiments mais sans réel projet. »*

Enquêtrice : *« Et comment vous l'expliquez ? »*

Interviewé : *« Parce que* ***la FFMPS, elle a une vision élitiste****. Et ça, ça fait peur.* ***Pourquoi il y a 1000 maisons de santé et seulement 500 qui demandent l'ACI ?*** *Il y a sûrement une raison. Et, le système d'information en est une. Le système d'information tel qu'il est pensé actuellement, c'est un système qui est très intéressant pour les médecins, pas du tout pour les autres professionnels de santé*[1]*. Les protocoles c'est pareil, le temps qu'on crée un protocole, ça prend plus d'un an. Si au bout d'un an on vous demande un nouveau protocole, on dit non, parce que le protocole, les gens se l'approprient en 4 ou 5 ans.* ***Je sais pas ce qu'ils vous ont dit mes collègues en maisons de santé, mais on commence vraiment à fonctionner au bout de 3 ans****. La première année on fait connaissance, la deuxième année on vivote et la troisième année on commence vraiment à créer ! »* (rire).

Enquêtrice : *« Et d'après vous, pourquoi ce modèle porté par la FFMPS est aussi « élitiste » comme vous dites ? »*

Interviewé : *« Parce que* ***les gens à la tête de la FFMPS sont des exigeants****. Pierre de Haas je le connais bien, on s'est installés quasiment en même temps, on a fait des fêtes de copains ensemble, on est chez MG France ensemble depuis 30 ans. Pierre c'est un exigeant, un carré. Mais ce qu'il a appliqué pour lui n'est* ***pas accessible pour tout le monde****. Tout le monde ne peut pas. Et il a entraîné avec lui des gens, mais certains reculent actuellement parce qu'****ils ne peuvent pas suivre****. »* (Philippe Marissal, membre de MG France et président de la FSP de 2016 à 2020)

[1] Nous reviendrons en détails dans les prochains chapitres sur la mise en œuvre en MSP de ces nouveaux outils et procédures (dont le système d'information) au service de la coordination qui sont imposés par la signature de l'ACI et analyserons les difficultés pratiques au cours de leur utilisation par les professionnels.

Au sujet de la FSP, le président de MG France expliquait lui-même l'objectif de ne pas résumer les soins primaires aux MSP et de constituer un organe de « *lobbying* » pour les soins primaires qui n'ait pas vocation à accompagner les professionnels sur le terrain, ce qui relève des missions de la FFMPS (d'ailleurs membre de la FSP) :

> *« Au moment de la création de la Fédération des Soins Primaires, **l'idée qui prévalait était que les soins primaires ne se résumaient pas seulement aux maisons de santé**. Que peut-être les maisons de santé étaient le groupe le plus actif, mais non le seul. L'idée avec la FSP c'était de faire un peu comme avec la FHF* [Fédération Hospitalière de France]*, **une structure de représentation et de lobbying auprès des institutions publiques, pour représenter l'intérêt des soins primaires**. Cette fédération n'a pas vocation à faire de l'accompagnement des professionnels sur le terrain, comme le fait la FFMPS par exemple. »* (Jacques Battistoni, médecin généraliste, actuel président de MG France)

Remarquons que la FFMPS elle-même, pourtant première promotrice de l'exercice en MSP, a opéré une mutation au cours des dernières années, comme l'observe Nadège Vezinat (Vezinat, 2020). En devenant AVEC Santé en 2018 (pour AVenir des Équipes Coordonnées), la Fédération s'est ouverte à des modalités d'organisation alternatives, notamment les centres de santé, les Équipes de Soins Primaires (ESP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), introduites par la loi de modernisation du système de santé de 2016. Ainsi peut-on lire, sur le site internet de la fédération : « *Équipes de Soins Primaires, Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, Centres de Santé, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, plateformes territoriales d'appui… autant de niveaux de structuration ou d'organisation de l'offre de santé… En préambule à la présentation des différentes entités existantes, il est nécessaire de préciser qu'aucun modèle, à lui seul, ne représente la solution universelle à tous les problèmes de santé d'un territoire*[1] ». La fédération précise que si les ESP peuvent prendre la forme de MSP ou de centres de santé, elles peuvent aussi renvoyer à des « *formes de coopération plus légères* »[2]. Nous considérons le double mouvement de la FFMPS, de différenciation d'avec MG France et d'ouverture à d'autres modèles organisationnels que les MSP, comme la marque d'une volonté des professionnels promoteurs des soins primaires et des MSP d'enrôler des professionnels de santé pour lesquels le modèle MSP apparaîtrait trop exigeant, voire excluant.

[1] https://www.avecsante.fr/qui-sommes-nous/presentation/ , consulté le 09/09/2020.
[2] https://www.avecsante.fr/definitions-et-legislations/lexique/, consulté le 09/09/2020.

Du côté des autres professionnels de soins primaires, nous avons souligné l'intérêt manifesté par plusieurs syndicats pour l'exercice en MSP. Aucune organisation représentative des masseurs-kinésithérapeutes n'a toutefois signé l'ACI et l'un des deux principaux syndicats infirmiers, la FNI[1], se montre plus réticent que le SNIIL qui a choisi de soutenir ce mode d'exercice. En entretien, l'ancien président de la FNI, Philippe Tisserand, considérait en effet les MSP comme une réponse avant tout médicale aux enjeux d'accès aux soins qui ne tient pas compte des spécificités de la profession infirmière. Il défendait le maintien du « *maillage territorial* » des soins infirmiers ainsi que le fonctionnement en tournées (i.e. aux domiciles des patients), qu'il considérait comme le moyen de garantir l'accessibilité des soins pour les patients :

> *« **On parle de déserts médicaux, mais c'est un problème purement médico-centré, il n'y a pas de déserts infirmiers** par exemple. Et y'a un principe de réalité, qui est que 90% de l'activité des infirmiers libéraux se situent au domicile des patients. Et **nous serons peut-être la dernière profession présente à domicile**, quand les médecins par ailleurs sont moins à domicile et se désengagent quelque part de leur rôle de médecins de famille. Je dirais que ce concept d'infirmière de famille doit se renforcer. Donc **quelle logique y a-t-il d'enfermer dans les murs d'une maison de santé des infirmières dont la mission est d'être plutôt dans la proximité géographique du patient, en clair à son domicile ?** Aujourd'hui, **la situation, c'est qu'on a une profession plutôt bien répartie sur le territoire, parce que dans notre convention, on a des mesures de régulation géographique** avec dans les zones sur-denses, un système où on ne peut être conventionné qu'en remplacement d'un départ. Donc **on a un maillage territorial assez efficace**, on a une organisation qui démontre qu'elle est efficace même si personne ne veut le voir ! C'est ce qui permet que l'hôpital déverse en ville des patients le soir, le samedi, le dimanche, sans anticipation, flux de patients que le secteur libéral infirmier absorbe sans générer de files d'attente. Donc voyez que, **à vouloir nous contraindre pour répondre à un besoin d'organisation purement médical, on risque de déstabiliser une organisation qui est plutôt vertueuse.** »* (Philippe Tisserand, infirmier président de la FNI de 2006 à 2018)

Il regrettait par ailleurs une forme d'« *hypocrisie* » du gouvernement qui, sans contraindre les professionnels libéraux à exercer en MSP, en ont fait un « *modèle unique* » en conditionnant l'obtention des NMR à la constitution d'une SISA (statut juridique spécifique aux maisons et pôles de santé, cf. *supra*) :

> *« Ce sujet des maisons de santé… c'est quelque chose sur laquelle la FNI s'est positionnée depuis 2010 et la loi HPST. Je me suis beaucoup exposé à l'époque, pendant les EGOS[2]. Car **nous, on a une approche différente et c'est un peu « touchy » à défendre.** Il est en effet **plus facile d'accompagner toutes les réformes, d'aller dans le sens du gouvernement**, que de faire entendre une voix divergente. En plus, sur ce sujet, **la difficulté c'est que***

[1] Fédération Nationale des Infirmiers.

[2] États Généraux de l'Organisation de la Santé, organisé

***intellectuellement personne ne peut s'opposer, nous y compris, au fait qu'il vaille mieux collaborer entre professions de santé** pour coordonner les prises en charge. On ne s'y oppose pas mais on se retrouve dans une position un peu caricaturale de syndicat qui n'est jamais d'accord, alors que ce n'est pas aussi binaire. Et c'est là, la difficulté de notre positionnement. Il faut être plus nuancé. **Le problème, c'est que le modèle de maison de santé a pris la forme d'un modèle unique, quoi qu'en disent les décideurs. Ils ont construit un entonnoir.** Parce que pour pouvoir toucher les nouvelles rémunérations et les aides ou faire de l'éducation thérapeutique par exemple, il faut être en SISA, sinon vous n'êtes pas éligibles aux nouveaux modes de rémunération. Donc **il y a une sorte d'hypocrisie à dire que ce n'est pas le modèle unique alors que finalement, tout a été mis en œuvre pour conduire à ce modèle.** »*

Confirmant ses propos dans des échanges écrits plus de deux ans après cet entretien et alors qu'il n'était plus président de la FNI, Philippe Tisserand continuait de douter de la capacité des MSP à répondre aux besoins d'organisation de la médecine de ville :

> *« Pour résumer, ce modèle organisationnel, ne constitue pas à mon sens une réponse innovante et adaptée au problème d'attractivité de la médecine générale libérale. Il s'apparente à ce que les sociologues de l'innovation qualifient d'invention dogmatique, et pourrait finalement n'être qu'un essai, une passade ou une mode, et être abandonné par défaut d'appropriation des acteurs ».* (Échange par email, novembre 2020).

Dans ce contexte, la loi de modernisation du système de santé de 2016 semble traduire une ouverture des autorités sanitaires à des modèles alternatifs d'organisation des soins primaires.

Les Équipes de Soins Primaires, un modèle alternatif ou une première étape vers la généralisation des MSP ?

Les professionnels de santé ne sont pas les seuls acteurs rencontrés au cours de cette enquête à avoir interrogé l'évidence de la « *solution* » MSP pour répondre aux problèmes du secteur ambulatoire. Un chargé de mission santé au sein d'un Conseil départemental sur lequel est implantée l'une des MSP de notre échantillon déplorait en effet en entretien que de nombreux professionnels de santé qui souhaitent exercer collectivement ne puissent bénéficier d'un soutien financier car ils n'étaient pas en mesure de répondre à l'ensemble des critères d'obtention des NMR[1]. Il souhaitait que les autorités sanitaires et notamment les ARS puissent

[1] Il s'agissait, au moment de l'entretien en 2016, du Règlement Arbitral en vigueur avant la signature de l'ACI en 2017.

reconnaître et accompagner différentes formes d'exercice coordonné, et non seulement le « *modèle de niche* » que représentent les MSP :

> *« Je suis tout à fait en phase avec* ***le modèle « plus plus » des MSP. En termes de soins pour les populations, c'est ce qu'on fait de mieux. Sauf que, dans l'état actuel, c'est inaccessible à 90% des gens qui pourraient et qui voudraient avoir un exercice coordonné.*** *Donc faut qu'on encourage les regroupements sur d'autres modèles pertinents.* ***Il y a beaucoup de projets d'exercice coordonné qui ne répondront peut-être jamais à l'ensemble des items du cahier des charges des MSP****.* ***Les professionnels ont souvent le sentiment qu'il faut aller vers ce cahier des charges, qu'ils n'ont pas le choix, parce que sinon ils ne seront pas labellisés maison de santé et ne pourront pas prétendre aux NMR****. Alors que leur intention initiale n'est pas forcément de monter une MSP mais de monter une structure qui fonctionne de manière collective, qui va permettre aux professionnels d'exercer dans de meilleures conditions et d'attirer de nouveaux professionnels pour compenser les déficits. Chercher les NMR auprès de la CPAM, ils imaginent que c'est un passage obligé. Or* ***plus le modèle est étroit et plus il sera un modèle de niche****. Or aujourd'hui on a un besoin urgent de déploiement de masse de l'exercice collectif, parce que la jeune génération n'imagine pas exercer autrement et qu'elle n'ira pas là où il n'y a pas ces structures-là. Nous on le voit statistiquement. En dehors de ça, point de salut !* ***Donc si on ne prend pas en compte une variété large d'exercices collectifs, on n'atteindra pas l'objectif.*** *Aujourd'hui on est trop rigide. Les plus rigides ont été les ARS et le ministère, c'est évident. Or on a besoin de la part des ARS d'une capacité d'accompagnement technique pour ces structures, sur une variété de modèles. »*

Un chargé de mission d'une ARS se posait également la question des « *exigences* » de son institution vis-à-vis des professionnels de santé : ne poussent-ils pas les professionnels vers un modèle idéal de maison de santé sans tenir compte de leurs spécificités ni des difficultés qu'ils rencontrent localement, sous prétexte que certains l'ont atteint ? :

> *« J'aimerais bien échanger avec les autres Agences, sur les exigences qu'on peut avoir vis-à-vis d'un projet de santé de MSP. Déjà sur la définition même d'un projet, on n'est pas forcément tous d'accord. Maintenant,* ***on a tendance à exiger que les professionnels fassent certaines choses, parce qu'on voit d'autres professionnels qui y arrivent ailleurs, donc on pense qu'on peut l'exiger de tous. Alors que chaque territoire est différent et que certains ont des difficultés.*** *Il faut les entendre. »* (Chargé de mission d'une ARS).

La loi de modernisation du système de santé de 2016 introduira de nouvelles organisations au service des soins primaires, moins formalisées que les MSP et qui n'impliquent pas que les professionnels répondent à un cahier des charges et contractualisent avec les autorités sanitaires : les Équipes de Soins Primaires (ESP), introduites dans le Code de la santé publique à l'article L. 1411-11-1. Les ESP rassemblent *a minima* un médecin généraliste et un professionnel paramédical (et peuvent intégrer des professionnels de second recours de ville) qui doivent proposer un projet de santé à l'ARS dont l'objectif est d'améliorer l'organisation

des prises en charge sur le territoire (centré sur une pathologie ou une population spécifique, ou une problématique d'organisation particulière comme la réponse aux demandes de soins non programmées pendant les heures d'ouverture des cabinets). La validation de ce projet par l'ARS permet la reconnaissance juridique de l'ESP et autorise les professionnels à répondre à des appels à projet de l'ARS ou d'autres acteurs institutionnels pour financer la mise en œuvre des actions prévues dans le projet. Le *Quotidien du Médecin* y voit une forme « *très souple* » de coordination entre professionnels de soins primaires, « *moins formalisée et intégrée que les maisons ou centres de santé*[1] ». Nous pouvons toutefois nous demander si la puissance publique ne considère pas les ESP davantage comme un premier pas vers un exercice pluriprofessionnel plus encadré en MSP (ou en CPTS[2]) que comme un modèle d'organisation alternatif en soi. Ainsi peut-on lire par exemple sur le site du PAPS (portail d'accompagnement des professionnels de santé) de la région Bretagne : « *L'ESP constitue une première étape de structuration d'un exercice coordonné qui peut évoluer vers une autre forme d'exercice regroupé (ex : Maisons de Santé, CPTS…)*[3] ». Nadège Vezinat rappelle également que les MSP sont considérées comme « *la forme la plus aboutie d'organisation des équipes de soins primaires* » par le président d'AVEC Santé Pascal Gendry (Vezinat, 2020, p. 91), malgré la reconnaissance d'une diversité d'organisations par cette fédération dont les ESP. Les MSP sont

[1] *Le Quotidien du médecin*, « Maisons de santé, équipes de soins primaires, CPTS... Qui fait quoi ? », 28/02/3019, consulté en ligne le 09/09/2020.

[2] La loi de modernisation du système de santé de 2016 introduit également des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), définies à l'article L. 1434-12 du Code de la santé publique. L'objet de ces organisations est de permettre aux professionnels qui le souhaitent de se coordonner au niveau d'un territoire (dont la taille peut aller jusqu'à plus de 175 000 habitants, voir l'Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, signé le 20 juin 2009, https://www.fmfpro.org/IMG/pdf/accord_aci_cpts_20_juin_2019_vf.pdf, consulté le 09/09/2020). Une CPTS peut regrouper des professionnels du premier et du second recours (exerçant dans des cabinets individuels ou de groupe, dans des structures d'exercice coordonné telles que les MSP, les centres de santé, en ESP, ou dans des établissement sanitaires ou médico-sociaux) qui souhaitent s'organiser collectivement pour répondre à des problématiques communes sur un territoire (coordination entre la ville et l'hôpital, articulation entre le premier et le second recours, prise en charge des soins non programmés, actions de prévention...). Le ministère de la Santé recense aujourd'hui près de 200 CPTS en fonctionnement ou en projet. Un accord conventionnel interprofessionnel spécifique aux CPTS a été signé le 20 juin 2019 entre l'UNCAM et de nombreuses organisations professionnelles (dont la plupart des organisations signataires de l'ACI relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles de 2017) afin d'apporter un financement pérenne à ces nouvelles organisations territoriales.

[3] Site du PAPS de Bretagne, https://www.bretagne.paps.sante.fr/lexercice-coordonne-dans-une-equipe-de-soins-primaires-4, consulté le 09/09/2020.

également au centre des préoccupations des chercheurs qui s'intéressent aux transformations dans le secteur ambulatoire, comme en témoigne le fait que la plupart des contributions au numéro très récent de la *Revue Française des Affaires Sociales* dédié aux réformes des soins primaires ont pour focale les MSP et évoquent peu les autres dispositifs et organisations alternatives de soins primaires, ce que soulignent d'ailleurs les coordinateurs du numéro Patrick Hassenteufel, Michel Naiditch et François-Xavier Schweyer dans leur avant-propos : « *Les recherches présentées dans ce dossier, en se focalisant sur les MSP qui représentent aujourd'hui la forme la plus achevée des transformations en cours, laissent donc en partie dans l'ombre, un mouvement de structuration de l'offre de soins plus diffus* » (Hassenteufel et al., 2020, p. 22). L'introduction très récente des ESP ne permet pas de présumer de leur déploiement sur le territoire et de leur capacité à s'affirmer comme un modèle alternatif aux MSP, aux yeux des professionnels de santé libéraux comme de la puissance publique. Notons toutefois l'investissement particulier de l'ARS des Pays de la Loire, en lien avec l'URPS[1] médecins, dans le soutien des ESP-CLAP (équipes de soins primaires coordonnées localement autour du patient). Une association, composée de professionnels libéraux[2] a été créé pour aider les professionnels dans l'élaboration de leurs projets d'ESP et les indemniser, à travers les financements octroyés de manière expérimentale par l'ARS au titre du FIR, rappelant l'expérimentation des NMR menée pour les maisons, les pôles et les centres de santé entre 2009 et 2015.

Conclusion du chapitre : Le choix politique d'un instrument incitatif et contractuel

Ce chapitre nous a permis de comprendre le contexte d'émergence de l'instrument MSP, avant de rentrer dans l'analyse de ses effets concrets sur les pratiques des professionnels de

[1]Les Unions Régionales des Professionnels de Santé ont été créées par la loi HPST de 2009 et sont des organes représentatifs des professionnels de santé exerçant à titre libéral sous le régime des conventions nationales avec l'UNCAM. Elles contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale et participent notamment à la préparation et la mise en œuvre du Projet Régional de Santé, à l'analyse des besoins et de l'offre de santé, à l'organisation de l'exercice professionnel (notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice) et à la mise en œuvre des contrats d'objectifs et de moyens (notamment l'ACI concernant les MSP) (article R. 4031 du Code de la santé publique). Il existe des URPS pour les professions libérales suivantes : médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes et biologistes.

[2] https://www.esp-clap.org/association-des-esp-clap-pays-de-la-loire/, consulté le 09/09/2020.

santé dans les prochains chapitres. Nous avons montré que les MSP étaient parvenues à s'imposer comme l'un des principaux instruments visant à répondre au problème d'accès aux soins sur certains territoires, grâce à la rencontre d'intérêts politiques et professionnels : d'un côté, la puissance publique au niveau central, ainsi que des acteurs politiques au niveau local, ont vu dans les MSP le moyen d'organiser le secteur ambulatoire pour répondre aux nouveaux enjeux structurels du système de santé (développement des pathologies chroniques et vieillissement de la population, déficit de l'offre médicale et difficultés d'accès aux soins sur certains territoires, déficit de coordination, et faible développement de la santé publique et notamment de la prévention) sans pour autant contraindre les professionnels de santé ; d'un autre côté, des professionnels de santé (au premier rang desquels une frange de médecins généralistes libéraux) ont trouvé dans ces nouvelles organisations le moyen de promouvoir une certaine conception de la médecine de ville et de faire évoluer leurs modalités d'exercice, tout en conservant leur statut libéral.

En nous appuyant sur la grille d'analyse proposée par Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, il est possible d'affiner notre compréhension de cet instrument consensuel et des types de relations entre l'État et les professionnels de santé qu'il induit. Dans la conclusion de leur ouvrage sur les instruments d'action publique, ces auteurs proposent en effet une typologie permettant de distinguer cinq modèles d'instruments[1] et, pour chacun, de déduire le type de relation entre l'État et les destinataires de l'action publique. Nous reproduisons ci-dessous leur modèle avant d'en tirer des pistes d'analyse pour notre cas d'espèce, que nous testerons dans les prochains chapitres :

---

[1] Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès ont élaboré cette typologie en se reposant sur les travaux de référence de Christopher Hood sur les « *outils* » de gouvernement (Hood, 1986) et notamment sur son modèle « *NATO* » qui identifie quatre grands types de ressources déterminant la capacité d'action des gouvernements : l'information, ou plus précisément la capacité des gouvernements à maîtriser le réseau d'informations (ce que l'auteur désigne par le terme « ***N****odality* ») ; l'autorité (« ***A****uthority* ») qui est la capacité des gouvernements à agir par la coercition, notamment par l'intermédiaire des lois ; les ressources financières des gouvernements (« ***T****reasure* ») qui proviennent essentiellement de l'impôt ; et les organisations formelles (« *formal* ***O****rganizations* ») ou les organismes publics à travers lesquels les gouvernements peuvent agir directement.

Tableau 3 : Typologie des instruments d'action publique

Source : Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, *Gouverner par les instruments*, 2005, Presses de Sciences Po, p. 361

Type d'instrument	Type de rapport politique	Type de légitimité
Législatif et réglementaire	État tuteur du social	Imposition d'un intérêt général par des représentants mandatés élus ou des hauts fonctionnaires
Économique et fiscal	État producteur de richesse, État redistributeur	Recherche d'une utilité collective Efficacité sociale et économique
Conventionnel et incitatif	État mobilisateur	Recherche d'engagement direct
Informatif et Communicationnel	Démocratie du public	Explicitation des décisions et responsabilisation des acteurs
Normes et standards *Best practices*	Ajustements au sein de la société civile Mécanismes de concurrence	Mixte : scientifico-technique et démocratiquement négociée et/ou concurrence, pression des mécanismes de marché

Une analyse sommaire des MSP pourrait nous amener à y voir un instrument de type économique, dans la mesure où l'État fait effectivement usage de financements publics pour soutenir le développement de ces nouvelles structures de soins et orienter les comportements des professionnels de santé (à travers les NMR). Notre analyse invite toutefois à dépasser la dimension économique de l'instrument et montre que les MSP présentent des caractéristiques qui les situent davantage à la croisée des instruments de type conventionnel et incitatif et des instruments de type « *best practices* ».

D'un côté, l'État a renoncé à contraindre les professionnels libéraux à changer de mode d'exercice et à se regrouper en MSP, tout comme il a renoncé précédemment à limiter la liberté d'installation des médecins. Il a préféré un mode de gouvernement incitatif, en encourageant les professionnels à se tourner vers l'exercice en MSP et à développer des activités de coordination et de santé publique, à travers l'obtention de nouvelles rémunérations (les NMR) qui est conditionnée à la signature d'un contrat (l'ACI). Ce faisant, l'État « *mobilisateur* » (pour reprendre la typologie de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès) recherche l'engagement des professionnels de santé dans cette transformation de l'exercice libéral. Au-delà d'un échec des mesures coercitives, il s'agit selon nous d'un choix politique qui s'inscrit dans un nouveau mode de « *gouvernement par les contrats* » (Lascoumes et Le Galès, 2005, p. 362). Selon Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, ce mode de gouvernement s'explique par un contexte général de critique envers la rigidité et la lourdeur des bureaucraties, mais aussi par un nouvel impératif

de justice et de concertation entre l'État et les destinataires de l'action publique. Cette préférence pour la contractualisation dans les entreprises privées et publiques ainsi que dans l'administration, à rebours d'une logique législative et règlementaire, était déjà constatée par Olivier Favereau, Pierre Lascoumes, Christine Musselin et Renaud Berrivin dans un numéro spécial de la revue *Sociologie du travail* de 1996 consacré aux contrats et aux pratiques contractuelles (Favereau et al., 1996).

D'un autre côté, les nouveaux outils et procédures introduits par l'ACI sur lesquels nous nous attarderons dans les prochains chapitres (protocoles, réunions, outils informatiques…) s'apparentent à de nouvelles normes ou standards de pratiques dans le secteur des soins primaires et sont susceptibles d'introduire une forme de concurrence entre professionnels. Cette concurrence se joue entre les professionnels qui choisissent de rester dans un mode d'exercice traditionnel et ceux qui se tournent vers l'exercice en MSP : ces derniers obtiennent la reconnaissance des autorités publiques et captent l'essentiel des aides financières en priorité fléchées vers l'exercice coordonné pluriprofessionnel. Mais nous verrons dans le chapitre 3 que cette concurrence peut également se jouer entre les professionnels des MSP eux-mêmes, entre ceux présentés comme des « *militants* » ou des « *pionniers* » à la pointe des transformations en soins primaires et les autres qui ont plus de difficultés à mettre en œuvre ce modèle d'exercice. Cela s'apparente selon nous à une forme de « *gouvernement par les labels* », déjà mis en évidence par Henri Bergeron, Patrick Castel et Sophie Dubuisson-Quellier dans d'autres secteurs de politiques publiques (en matière de consommation et de prévention du surpoids) (Bergeron, Castel et Dubuisson-Quellier, 2014) : pour l'administration sanitaire qui *labellise* les MSP, il s'agit d'orienter les comportements des professionnels de santé libéraux pour qu'ils se tournent vers l'exercice pluriprofessionnel et les actions de santé publique ; pour les professionnels libéraux qui sont *labellisés*, l'enjeu est d'être reconnus et soutenus dans leur changement de mode d'exercice.

Les MSP apparaissent ainsi comme un exemple des « *nouveaux* » instruments d'action publique décrits dans la littérature sur les instruments (Dodds, 2012 ; Hassenteufel, 2008a ; Lascoumes et Le Galès, 2005 ; Salamon, 2002), moins dirigistes et contraignants que les instruments traditionnels de type règlementaire ou économique, mais plus indirects dans la mesure où ils reposent sur l'engagement volontaire d'acteurs non-étatiques indispensables à la mise en œuvre de l'action publique. Mais en ayant recours à des incitations, un fonctionnement par contrat et des standards d'organisation et de pratiques, la puissance publique fait finalement

le choix implicite de voir la forme de l'instrument MSP et ses effets dépendre de sa mise en œuvre par les professionnels de santé libéraux. C'est précisément cette question de la trajectoire de l'instrument au cours de sa mise en œuvre qui nous intéressera dans les deux prochains chapitres.

Chapitre 2 – Des professionnels de santé libéraux qui choisissent d'exercer en MSP et s'arrangent avec les procédures de rationalisation

> « *On joue le jeu, hein. On rentre dans les cases de la CPAM et on touche les rémunérations. Mais après, on fait ce qu'on veut. Non mais en plus, on y rentre réellement ! Je veux dire que ce qu'ils demandent, on le fait. Mais pour moi, c'est pas le principal. Ça nous donne les moyens de faire ce qu'on a vraiment envie de faire.* »
> Médecin généraliste en MSP

Dans le premier chapitre, nous avons analysé le choix d'encourager – et non de contraindre – les professionnels de santé libéraux à s'orienter vers un nouveau mode d'exercice coordonné et pluriprofessionnel en MSP, à travers un système d'incitations : un « *label* » MSP, des aides à l'investissement (pour le bâtiment notamment), ainsi que des aides au fonctionnement à travers les Nouveaux Modes de Rémunérations (NMR). Pour bénéficier de ces aides publiques, les professionnels doivent cependant s'engager dans une nouvelle relation contractuelle, avec l'ARS qui juge de la cohérence du projet de santé de la MSP avec les priorités de santé régionales, et avec la CPAM qui verse les NMR. En signant ce contrat appelé Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) [1] avec l'administration sanitaire et le financeur public, les professionnels de santé acceptent ce faisant de mettre en œuvre localement des règles, des procédures et des outils inédits dans le secteur ambulatoire libéral : protocoles de soins, réunions de concertation sur des cas de patients, logiciel commun de partage d'informations… Ces nouvelles *procédures* – terme que nous choisissons de retenir pour désigner de manière générique ces divers dispositifs concrets qui opérationnalisent l'instrument MSP – viennent rationnaliser les pratiques des professionnels libéraux sur différents aspects, comme nous l'avons indiqué dans le chapitre 1 : l'accès aux soins, la coordination entre professionnels et le type de services de santé proposés. Autant d'aspects de l'exercice libéral jusque-là épargnés par les politiques de régulation. Cette entreprise de rationalisation des

[1] Nous renvoyons à l'encadré 4 du chapitre 1, dans lequel nous retraçons la chronologie des différentes formes de la contractualisation entre professionnels libéraux des MSP, ARS et CPAM, de l'ENMR (Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération) au Règlement Arbitral puis enfin à l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel).

pratiques dans le secteur ambulatoire pourrait donc en théorie induire des transformations importantes des pratiques professionnelles, touchant non seulement à l'organisation des soins mais aussi à leur contenu. Mais qu'en est-il concrètement sur le terrain ? Quels sont les effets de la contractualisation et des nouvelles procédures de rationalisation sur les pratiques des professionnels de santé libéraux qui exercent en MSP ? S'accompagnent-elles d'une réduction de l'autonomie professionnelle du fait d'un contrôle accru des pratiques par les autorités sanitaires ?

L'argument que nous défendons dans ce chapitre est que les professionnels de santé libéraux ont non seulement un intérêt à contractualiser avec l'ARS et la CPAM (ce qui explique leur choix, à première vue étonnant, de s'engager dans ce processus de rationalisation), mais aussi qu'ils parviennent, une fois en MSP, à s'arranger avec les procédures de rationalisation de l'ACI pour en limiter la portée contraignante, voire pour en faire une ressource leur permettant de faire évoluer leurs pratiques dans un sens qui leur convient. Une analyse de Christine Musselin sur la politique contractuelle menée dans le secteur universitaire (Musselin, 2001) nous a permis de mieux comprendre l'accueil positif de la contractualisation par les professionnels des MSP ainsi que ses effets sur les relations entre tutelles et professionnels. L'auteure montre que les contrats d'établissement introduits en 1988 dans les universités françaises étaient une solution politiquement acceptable ou « *viable* » (Musselin, 2001, p. 113) pour mener la réforme de l'éducation annoncée par le gouvernement[1], dans la mesure où elle permettait le consensus entre les différents acteurs concernés : le gouvernement rocardien qui défendait alors une méthode de réforme reposant davantage sur la négociation et les contrats[2], l'opposition politique (les dispositifs contractuels étant moins clivants que les politiques de nationalisations ou de privatisations), mais aussi et surtout les universitaires (comment pouvaient-ils s'opposer à des contrats qui permettaient un accroissement de l'autonomie des universités et l'obtention de crédits supplémentaires ?). Chacun semblait y trouver un intérêt

---

[1] Le gouvernement de Michel Rocard avait en effet fait de l'éducation une priorité, dans un contexte de croissance des effectifs étudiants et de diversification des cursus et des types de formations, et l'État avait prévu un plan budgétaire pour revaloriser les carrières et les salaires des enseignants dans le supérieur et lancer le plan de modernisation des universités « Université 2000 ».

[2] Philippe Bezes (Bezes, 2001) a rappelé à cet égard la méthode contractuelle de réforme de l'État défendue par Michel Rocard, rapportant les propos du premier ministre : « *Moins de règlements, plus de négociations ; moins de lois, plus de contrats* » (Rocard, 1985, p. 154).

ou, du moins, à y voir ce qu'il souhaitait. Mais l'auteure remarque que la solution contractuelle, aussi consensuelle soit-elle[1], n'est pas nécessairement « *efficace* », c'est-à-dire susceptible d'induire des changements, et ce pour trois raisons principales. C'est d'abord une solution fragile : la dimension procédurale du contrat peut causer un essoufflement des acteurs, exposés à des « *excès de formalisation ou de standardisation auxquels les tutelles sont toujours tentées de recourir pour stabiliser* [le contrat] ». C'est également une solution ambivalente, dans la mesure où elle oscille entre deux modes de pilotage contradictoires avec, d'un côté, un « *mode interventionniste centralisateur* » par lequel les tutelles cherchent à maîtriser la situation en définissant un cadre commun et, d'un autre côté, un « *mode différenciateur* » qui cherche à prendre en compte les contextes locaux d'application du contrat : la question qui se pose ici est celle de la tolérance par les tutelles de la diversité des réponses locales face à un ensemble de règles communes (sur cette question, voir également (Berrivin et Musselin, 1996)). Enfin, cette solution n'est parfois qu'une « *coquille vide* », dans la mesure où le contenu du contrat va dépendre de la manière dont il va être « *transformé en principes opératoires par les acteurs* » (Musselin, 2001, p. 116-117), autrement dit de sa mise en œuvre. Nos observations en MSP convergent à plusieurs égards avec cette analyse, bien que la contractualisation dans le cadre de l'ACI soit en l'espèce proposée à des structures regroupant des professionnels libéraux (précisément caractérisés par leur autonomie, contrairement aux universités publiques). En effet, la contractualisation en MSP est elle aussi une solution politiquement acceptable car elle ne remet pas en cause le libre choix du mode d'exercice en libéral (voir chapitre 1), mais aussi car elle permet aux professionnels d'obtenir le « *label* » MSP et des rémunérations supplémentaires qu'ils considèrent comme des moyens de répondre à leurs besoins, comme nous allons le voir dans ce chapitre. Mais les effets concrets de cette contractualisation sont, comme pour les contrats d'établissements, à interroger. Nous allons ici montrer que la solution contractuelle en MSP est elle aussi fragile, par son excès de formalisation qui conduit à une certaine lassitude des professionnels de santé. La contractualisation en MSP est aussi ambivalente, dans la mesure où elle implique une tolérance de la part des autorités sanitaires vis-à-vis des réponses locales des professionnels aux nouvelles procédures de rationalisation (tolérance d'autant plus nécessaire que les professionnels décident librement d'exercer en

[1] Christine Musselin précise cependant que le consensus autour des pratiques contractuelles est souvent « *plus superficiel que profond* » et repose notamment sur les « *ambiguïtés* » de la notion de contrat (Musselin, 2001, p. 114) (voir sur cette question (Favereau et al., 1996)).

MSP). Or nous avons précisément rappelé dans l'introduction générale de cette thèse que les réponses des professionnels de santé au processus de rationalisation étaient variées et ne renvoyaient ni à une simple conformité aux nouvelles règles et procédures, ni à une opposition frontale (Levay et Waks, 2009 ; Numerato, Salvatore et Fattore, 2012) : la conformité aux règles et procédures néo-managériales n'est parfois qu'apparente, alors que les professionnels parviennent à conserver leurs anciennes pratiques et à les rendre invisibles aux yeux du régulateur (Le Bianic, 2011 ; Levay et Waks, 2009 ; Numerato, Salvatore et Fattore, 2012) ; les professionnels peuvent également voir les outils néo-managériaux non comme une simple contrainte mais aussi comme un moyen de protéger leurs pratiques ou leurs juridictions professionnelles (Levay et Waks, 2009 ; Numerato, Salvatore et Fattore, 2012) ; et, dans certaines situations, ils peuvent même participer directement à l'élaboration des règles et procédures encadrant leur exercice (Castel et Merle, 2002 ; Levay et Waks, 2009 ; Moyal, 2019 ; Numerato, Salvatore et Fattore, 2012 ; Weisz et al., 2007). Autant de situations qui ne permettent pas aux tutelles de garder le contrôle sur les pratiques des professionnels sur le terrain.

Cet argument sera développé en trois temps. Dans la première partie du chapitre (A), nous expliquerons d'abord pourquoi des professionnels libéraux décident de s'engager dans un mode d'exercice s'inscrivant dans une nouvelle logique contractuelle et de « *redevabilité* » (Bezes et al., 2011) vis-à-vis des autorités sanitaires, qui est en rupture avec leur identité libérale. Nous montrerons qu'ils y trouvent leurs propres intérêts, à savoir l'amélioration de leurs conditions d'exercice, le moyen d'attirer de jeunes médecins généralistes, et une reconnaissance de leur investissement professionnel pour améliorer l'offre de soins. Dans la deuxième partie (B), nous verrons qu'une fois engagés dans ce nouveau mode d'exercice contractuel avec l'ARS et la CPAM, les professionnels des MSP parviennent à limiter la portée contraignante des procédures de rationalisation qui s'imposent à eux et même, dans certains cas, à les tourner à leur avantage. Ces arrangements avec les procédures passent par trois mécanismes : la simple formalisation de pratiques existantes pour les faire correspondre aux obligations contractuelles ; la réinterprétation des procédures de rationalisation pour les adapter aux situations locales ; et l'utilisation discrétionnaire des NMR pour développer de nouvelles pratiques. Dans la troisième et dernière partie du chapitre (C), nous montrerons que l'ARS et la CPAM ne remettent pas en cause ces arrangements des professionnels avec les procédures de l'ACI car elles sont dépendantes de leur adhésion pour faire croître le nombre de MSP sur le territoire.

A - Contractualiser avec les autorités sanitaires pour faire évoluer son mode d'exercice : des professionnels libéraux qui ont intérêt à exercer en MSP

Comme nous l'avons expliqué dans le premier chapitre, les professionnels libéraux ne sont pas contraints à s'installer en MSP mais font ce choix librement. La question qui se pose dès lors est de savoir pourquoi des professionnels libéraux décident de s'engager dans un mode d'exercice contractuel qui impose de mettre en œuvre de nouvelles procédures venant encadrer leur exercice libéral et de rendre des comptes aux autorités sanitaires quant au respect de ces procédures. Nous allons d'abord montrer que les professionnels libéraux trouvent leur intérêt dans ce nouveau mode d'exercice en MSP (1) et considérer ensuite la tension entre leur nouvelle « *redevabilité* » vis-à-vis des autorités sanitaires et l'idéal de l'exercice libéral (2).

1) Des professionnels libéraux qui trouvent leur intérêt dans un mode d'exercice contractuel avec les autorités sanitaires

Les premiers travaux sur les maisons et les pôles de santé ont identifié une insatisfaction des professionnels libéraux de premiers recours quant à leur mode d'exercice en cabinet isolé ou monoprofessionnel, qui participe à leur choix de s'installer dans ces structures d'exercice regroupé et pluriprofessionnel (Fournier, 2015 ; Frattini, Fournier et Naiditch, 2014). Dans son enquête qualitative dans quatre MSP, Cécile Fournier souligne notamment « *la difficulté de l'exercice solitaire* » (Fournier, 2015, p. 168) évoquée par les professionnels qu'elle rencontre, relevant à la fois de leur charge de travail qui conduit certains à un épuisement professionnel[1], mais aussi de ce qu'elle considère être une « *charge émotionnelle* », du fait de la démographie médicale en baisse et de la précarité sociale croissante des patients. Les professionnels de notre échantillon témoignent de la même manière d'une insatisfaction par rapport à leur mode d'exercice précédant leur installation en MSP[2]. Ils ont vu l'exercice en MSP non seulement

---

[1] Voir notamment les rapports des Unions Régionales des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes et d'Ile-de-France (URML Ile-de-France et Mouries, 2007 ; URML Poitou-Charentes, Daniellou et Davezies, 2004).

[2] Plus de la moitié des professionnels interrogés dans le cadre de cette étude ont exercé par le passé dans un cabinet libéral de ville, seul ou en groupe monoprofessionnel, ce qui leur permet de comparer les deux modes d'exercice. Les autres exerçaient à l'hôpital ou se sont directement installés en MSP après

comme un moyen d'améliorer leurs conditions d'exercice mais aussi d'être reconnus par les autorités sanitaires pour leur investissement professionnel, qui participe de l'amélioration des soins pour les patients.

Améliorer ses conditions d'exercice

À la question « *Pourquoi avez-vous choisi de vous installer en MSP ?* », les réponses les plus souvent avancées par les professionnels sont les suivantes : se regrouper avec d'autres professionnels de la même ou d'une autre profession et attirer des médecins sur le territoire (ces deux réponses ont été citées par près de trois professionnels interrogés sur quatre)[1]. En creusant ces motivations avec les interviewés, nous avons compris qu'elles renvoyaient à deux objectifs intimement liés dans leurs réponses : améliorer leurs propres conditions d'exercice et améliorer l'offre de soins pour la population. En effet, les professionnels évoquent une surcharge de travail (qui implique des horaires jugés trop lourds et des difficultés pour prendre des congés), le manque de coordination avec les autres professionnels (qui rend difficile la circulation de l'information ainsi que l'adressage des patients) et la vétusté ou la non-adaptation de leurs locaux (notamment du fait des nouvelles normes d'accès pour les personnes handicapées[2]). Or ces conditions d'exercice ont un impact sur la qualité des prises en charge : les professionnels regrettent le manque de temps qu'ils peuvent consacrer aux patients, les conséquences des difficultés de coordination (doublons d'examens, avis contradictoires...) pour les patients, ainsi

---

l'obtention de leurs diplômes : ils n'ont donc pas pu faire cette comparaison mais ont toutefois exprimé leurs attentes vis-à-vis de l'exercice en MSP.

[1] Nous rapportons les deux motifs les plus souvent cités dans notre échantillon et choisissons les formulations les plus fréquemment entendues par souci de clarté. Ainsi, par exemple, concernant la réponse « *se regrouper avec d'autres professionnels* », certains interviewés ont formulé « *ne plus exercer seul* », ce qui relève selon nous de la même motivation.

[2] Suite à une loi de 2005 (Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) et à un décret d'application de mai 2006 (Décret n°2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation), les établissements recevant du public (ERP) dont font partie les établissements et cabinets proposant des services de santé sont dans l'obligation de respecter les normes d'accessibilité pour les personnels handicapées. Malgré plusieurs textes accordant des délais pour la mise aux normes, c'est une préoccupation récurrente parmi les professionnels de santé interrogés, dont les cabinets de ville ne sont pas toujours accessibles (marches d'escalier, dimensions des portes, etc.).

que les conditions d'accueil des patients (salles d'attente combles, espaces de consultations étriqués, difficultés d'accès aux cabinets – difficultés pour se garer, escaliers, etc.).

La volonté de se regrouper avec d'autres professionnels recouvre toutefois deux attentes différentes, bien que compatibles : le regroupement monoprofessionnel et le regroupement pluriprofessionnel. L'Irdes considère que ces deux formes de regroupement sont séparées dans le temps, la première pouvant mener à la seconde : « *À l'origine du regroupement prévaut souvent le désir de travailler en monoprofessionnel, l'évolution vers le pluriprofessionnel exigeant entre trois et cinq ans* » (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014b, p. 65). Nos entretiens confirment bien cette évolution progressive des professionnels vers l'exercice pluriprofessionnel. Nous constatons par ailleurs des motivations en partie différentes entre les médecins généralistes et les autres professionnels. En effet, la plupart des médecins citent d'abord le regroupement avec des confrères médecins : ils y voient le moyen d'alléger leur rythme de travail par l'organisation d'un roulement dans les plannings de consultations (leur permettant notamment d'aménager leurs horaires ou de prendre des jours de congés), la possibilité de partager certaines charges de fonctionnement (notamment le secrétariat médical dont ils ne peuvent assumer le coût seuls) et, pour ceux récemment installés ou les internes qui prévoient de s'installer prochainement, la possibilité de demander des avis à leurs aînés sur des cas de patients. Le regroupement pluriprofessionnel n'est évoqué qu'en second lieu : les médecins généralistes y voient le moyen d'améliorer la coordination de leurs interventions avec celles des autres professionnels et de déléguer certaines tâches (voir chapitre 6), et cela à la fois dans leur propre intérêt pour « *récupérer du temps médical* » et dans l'intérêt des patients pour améliorer leurs parcours. Ces observations font d'ailleurs écho à d'autres travaux qui ont montré que certains médecins voyaient dans la rationalisation du travail le moyen de déléguer des tâches et d'alléger leur rythme de travail (Briscoe, 2007 ; Chreim, Williams et Hinings, 2007). Du côté des professionnels non-médecins généralistes, la volonté de se regrouper avec des professionnels de la même profession est rarement évoquée. Ces professionnels soulignent en revanche leur souhait de se rapprocher des médecins généralistes : ils considèrent le regroupement avec ces derniers comme un moyen d'accéder plus facilement aux informations sur les patients et de demander ponctuellement des avis médicaux, mais aussi de développer des relations privilégiées (nous considèrerons spécifiquement l'évolution des relations de prescription et d'adressage entre professionnels médicaux et paramédicaux dans le chapitre 6, dédié à la division du travail en MSP).

Notons, pour finir, qu'une faible minorité de professionnels, médecins et non médecins, a expliqué que l'installation en MSP ne relevait pas d'une motivation personnelle – bien que rien n'oblige ces professionnels libéraux à changer de mode d'exercice : certains ont évoqué l'obligation de changer de locaux (le projet de MSP coïncidait alors avec la recherche d'un nouveau cabinet) ; d'autres confient s'être sentis « *obligés* » de suivre des collègues de leur cabinet qui souhaitaient intégrer la MSP ; des professionnels paramédicaux ont également évoqué la crainte d'être « *isolés* » ou de « *rester en dehors* » de la MSP alors que des confrères de leur profession rejoignaient la structure. Ils craignaient en effet que les médecins généralistes n'adressent les patients de manière préférentielle aux professionnels exerçant dans la même structure, comme l'illustrent les propos de plusieurs professionnels paramédicaux cités ci-dessous :

> *« En tant qu'orthophoniste, on peut pas être beaucoup dans un même endroit, faut avoir suffisamment de prescripteurs. Donc je me suis dit que dans ce cas-là,* ***il fallait être dans la maison de santé avec l'autre orthophoniste****.* ***Mais pas tout seul à côté.*** *»* (Orthophoniste, MSP 1)

*

> *« Ça fait peur, parce que des personnes isolées se retrouvent avec des grosses structures en face. Donc* ***c'est bien quand on est dedans mais de l'extérieur, ça peut être vu comme une concurrence forte.*** *»* (Diététicien, MSP 1)

*

> *« On avait notre cabinet, tous les deux, on fonctionnait avec un remplaçant. Ça se passait très bien. Mais quand s'est posée la question de la MSP…* ***Au début on a hésité****, on ne voyait pas vraiment l'intérêt. On connaissait déjà les médecins, on fonctionnait très bien… Mais avec le temps, au fil des réunions****, on a vu que les autres cabinets étaient de plus en plus intéressés et on s'est dit qu'il ne valait mieux pas rester en dehors****. En fait,* ***à partir du moment où un cabinet s'est décidé, on s'est tous décidés à y aller.*** *»* (Infirmier, MSP 5)

Le bien-fondé de ces craintes nous semble cependant difficile à objectiver car tous les professionnels interrogés témoignent avoir des plannings de consultations pleins et ne pas être en concurrence avec leurs confrères, même en dehors de la MSP : « *Il y a du travail pour tout le monde* » est une phrase qui revient en effet très souvent en entretiens, même parmi les professionnels installés récemment et qui reconnaissent s'être inquiétés quant à la constitution de leur patientèle au moment où ils démarraient leur activité. Aucun des professionnels ne s'est par ailleurs plaint de compérage[1] (nous ne connaissons toutefois pas la position des

[1] L'article R 4127-23 du Code de la santé publique interdit le compérage entre professionnels de santé, c'est-à-dire, comme le précise le Conseil national de l'Ordre des Médecins, « *toute entente illicite qui entacherait la liberté et l'indépendance professionnelle* » et « *porterait atteinte au libre choix des*

professionnels installés en dehors des MSP de notre échantillon et il est possible que ceux-ci tiendraient des discours différents concernant le risque de concurrence et les pratiques d'entente déloyale). Nous verrons toutefois dans le chapitre 6 que le regroupement géographique facilite l'adressage entre professionnels.

En améliorant leurs propres conditions d'exercice, les professionnels espèrent par ailleurs pouvoir attirer plus facilement des jeunes médecins généralistes sur le territoire. Le déficit de l'offre de médecine générale est en effet une préoccupation unanimement partagée par les professionnels dans les territoires de notre enquête : par les médecins qui craignent une surcharge de travail, mais aussi par les autres professionnels qui dépendent des prescriptions médicales et donc de la présence de médecins sur le territoire. Or, des témoignages recueillis auprès de représentants syndicaux d'internes et de jeunes médecins généralistes (au sein d'ISNAR-IMG[1] et de ReAGJIR[2]) ont permis de confirmer l'intérêt des jeunes médecins généralistes pour l'exercice en MSP (voir chapitre 1) : ceux-ci insistent en effet sur le fait que les jeunes médecins généralistes ne souhaitent plus s'installer seul en cabinet et se tournent massivement vers l'exercice collectif mono et pluriprofessionnel, afin d'éviter la surcharge de travail et d'échanger des conseils entre pairs, mais aussi de mutualiser les moyens logistiques et humains (comme le secrétariat). Ce que nos entretiens avec des internes en stage dans les MSP 4 et 6 ont également confirmé : ainsi un interne de la MSP 6 nous expliquait qu'il n'était pas certain de s'installer en libéral mais que, s'il faisait ce choix, il ne voudrait exercer qu'en MSP ou, *a minima*, en cabinet de groupe

> *« Moi, je suis en stage aussi dans un cabinet où le médecin est tout seul[3]. Et c'est vrai que je me dis que remplacer[4] dans un cabinet où je suis seul, et ben ça me ferait peur.* ***Parce que ici,***

patients ». En d'autres termes, un professionnel de santé ne peut obliger un patient d'aller consulter un autre professionnel en particulier, le patient étant libre de choisir son professionnel.

[1] InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.

[2] Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants.

[3] Les internes réalisent leur stage simultanément dans plusieurs cabinets.

[4] L'interviewé évoque ici l'exercice en tant que remplaçant et non médecin installé, qui est le choix de la majorité des médecins qui décident d'exercice en libéral en ville à la fin de leurs études. D'après les chiffres du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), parmi les médecins nouvellement inscrits à l'Ordre national des médecins au 1[er] janvier 2018 (généralistes et spécialistes confondus), 62% exerçaient une activité salariée, 12% une activité libérale et 23% était remplaçants (Mourgues et CNOM, 2018, p. 150). Un médecin remplaçant remplace un médecin indisponible (par exemple en congé) de manière temporaire et exerce dans son cabinet. Il doit être soit titulaire d'un diplôme d'État de docteur

dans la maison de santé, je me dis que l'exercice est plus confortable*. La secrétaire connaît les patients, elle peut nous prévenir si elle a certaines informations.* ***Si on a un souci, n'importe quoi, y'a toujours un médecin la porte à côté, donc on peut toujours aller demander*** *si vraiment y'a un problème. Ou même parfois, je me suis retrouvé devant des patients un peu agressifs et c'est vrai que quand on est tout seul, bah c'est un peu compliqué.* ***Et puis au niveau des horaires, c'est beaucoup plus modulable aussi.*** *Si un jour, je dois partir plus tôt pour un impératif, je sais que les patients seront vus quand même par un autre médecin de la maison de santé. Donc c'est vrai que pour toutes ces raisons, ça rend l'exercice plus confortable. »* (Interne en médecine générale, en stage dans la MSP 6)

Interrogé sur l'intérêt d'un regroupement pluriprofessionnel plutôt qu'un regroupement en cabinet médical, cet interne estimait très « *pratique* » la proximité avec d'autres professionnels, pour leur demander des avis ou leur adresser rapidement des patients. La dimension pluriprofessionnelle est ainsi un argument supplémentaire, mais non suffisant, à son choix de s'installer en MSP :

Interviewé : *« Moi je trouve qu'au quotidien, c'est hyper pratique quand même. En tout cas,* ***les avoir dans les locaux [les professionnels non-médecins], c'est hyper pratique.*** *Quand on a* ***des choses à faire en urgence****, on les appelle, c'est la porte en face.* ***Même pour les patients c'est plus simple.*** *»*

Enquêtrice : *« Est-ce que tu peux me donner des exemples ? Parce que je ne me représente pas bien votre quotidien… »*

Interviewé : *« Oui, par exemple, j'avais un patient atteint de trisomie 21, qui a pas mal d'angoisses, et je devais lui faire faire une prise de sang. Et du coup,* ***j'ai demandé à l'infirmier. C'est la porte en face.*** *Et il est carrément venu lui faire dans mon cabinet. Ça a permis de limiter son angoisse. Et le podologue, ça m'arrive aussi. Parfois on a des ongles incarnés par exemple et on n'a pas trop de formation là-dessus, on ne sait pas trop quoi faire donc je vais le voir. C'est la porte en face.* ***On lui demande de venir voir, il regarde et il me dit quoi faire.*** *Et après ça arrive dans l'autre sens aussi, par exemple que les infirmiers appellent les médecins, quand y'a des plaies pas terribles. Moins nous, les internes.* ***Enfin d'avoir le contact en direct, c'est vraiment différent par rapport au téléphone. Voilà, c'est que des exemples, mais c'est vrai que c'est très pratique.*** *»* (Interne en médecine générale, en stage dans la MSP 6)

Être reconnus pour son investissement professionnel

Les professionnels de nos six MSP se montrent également soucieux d'obtenir la reconnaissance des autorités sanitaires pour leur investissement professionnel dans ce nouveau mode d'exercice. Il s'agit d'abord d'obtenir le « *label* » MSP, qui est selon eux un signal à l'attention des jeunes médecins généralistes qui cherchent une structure pour s'installer et se tournent de manière préférentielle vers les MSP, mais également un signal à l'attention des élus

en médecine et inscrit au conseil de l'Ordre, soit étudiant en médecine (et doit, le cas échéant, être inscrit en 3e cycle des études de médecine, avoir effectué trois semestres d'internat dont un chez un médecin généraliste et avoir obtenu une licence de remplacement du conseil de l'Ordre).

et de la population qui atteste de l'investissement des professionnels pour l'amélioration de l'offre de soins. Il s'agit ensuite de percevoir les NMR, que les professionnels considèrent comme une reconnaissance et une valorisation financière de leur investissement, notamment du temps qu'ils dédient à des activités de coordination, à des nouvelles prises en charge ou encore à des actions de santé publique que rien ne les oblige à développer. Nous citons, pour illustrations, deux extraits d'entretiens avec un médecin généraliste et un infirmier :

> *« Le temps informel, c'est du vrai temps de travail. Donc* ***ce qui nous motive, c'est de se dire que quand on se réunit, c'est normal que ce soit du temps qui est payé. Est-ce que c'est ça qui nous a fait bouger ? Non. Mais que maintenant ce soit reconnu par les rémunérations, c'est bien, oui.*** *Et si on les touchait plus, ça nous ferait c**** quand même car y'aurait plus* ***la reconnaissance de ce qu'on fait ! »*** (Médecin généraliste, MSP 4)

*

> *« Mais c'est vrai que le protocole AVK*[1]*, l'adaptation des traitements, c'est des choses que nous, on sait faire. Qu'on faisait déjà même. Faut pas trop le dire parce qu'on n'a pas trop le droit, mais je crois que c'est le cas partout. Mais on était contents de pouvoir officialiser ça avec un protocole,* ***que ce soit reconnu par la sécu. Et même plus, avec les nouvelles rémunérations, on pouvait être rémunérés pour le faire ! »*** (Infirmier, MSP 3)

Nous verrons par ailleurs dans le chapitre 4 que les médecins généralistes porteurs des projets de MSP voient dans la politique de soutien aux MSP la reconnaissance par le politique de leur conception particulière et militante de la médecine générale. Ainsi, la mise en œuvre des MSP repose-t-elle sur l'adhésion de professionnels libéraux, qui y ont vu une opportunité pour faire évoluer leurs modalités d'exercice dans un sens qui leur convenait et percevoir des rémunérations complémentaires pour ce faire. Christine Musselin concluait de la même manière que le succès de la politique contractuelle dans le secteur universitaire à la fin des années 1980 devait son succès à la réactivité des universités et plus précisément à « *leur capacité à saisir l'opportunité offerte* » (Musselin, 2001, p. 135).

2) Des professionnels libéraux qui acceptent de rendre des comptes aux autorités sanitaires

Mais l'accès à ces nouvelles modalités d'exercice implique de justifier devant les

[1] Protocole prévoyant la coordination entre médecins généralistes et infirmiers pour l'adaptation des traitements des accidents thromboemboliques par anticoagulants (médicaments également appelés anti-vitamines K, ou AVK). Nous présentons ce protocole plus loin dans ce chapitre et le mettons en annexe.

autorités sanitaires – décisionnaires de l'attribution du « *label* » MSP et des NMR – du respect d'un cahier des charges et d'un contrat (aujourd'hui l'ACI, voir l'encadré 4 du chapitre 1) encadrant l'organisation et le contenu des pratiques en MSP. Autrement dit de rendre des comptes, de manière inédite, aux autorités sanitaires.

Justifier d'une nouvelle organisation et d'une nouvelle offre de soins

Pour être éligible à la signature de l'ACI et aux NMR, une MSP doit transmettre à l'ARS un projet de santé qui soit « *en cohérence avec le Schéma régional d'organisation des soins*[1] », c'est-à-dire avec les priorités de santé régionales identifiées par l'ARS. Ce document a davantage une valeur prospective que rétrospective : les professionnels y présentent l'offre de soins et l'organisation qu'ils projettent de mettre en place dans la future MSP avant que celle-ci ne soit en fonctionnement et expliquent dans quelle mesure ces propositions sont susceptibles de répondre aux besoins de santé identifiés par l'ARS. Tous les exemples de projets de santé que nous avons consultés s'ouvrent ainsi par un diagnostic territorial, permettant d'identifier l'offre de santé déjà présente sur le territoire de la future MSP ainsi que les besoins de santé de la population. Ce diagnostic s'appuie sur des données chiffrées produites par l'ARS elle-même, ainsi que l'Observatoire Régional de Santé (ORS) et l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) : nombre et densité des professionnels de santé, caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population, taux de prévalence de certaines pathologies, indices de mortalité, etc. Ce diagnostic chiffré est le plus souvent complété par l'appréciation qualitative et subjective des besoins du territoire par les professionnels de santé souhaitant s'investir dans le projet de MSP. Viennent ensuite les propositions des professionnels pour répondre à ces besoins : il s'agit de définir l'offre de soins proposée dans la future MSP (professions représentées, offre de soins, de prévention, d'éducation thérapeutique proposée), les modalités d'accès à cette offre (horaires, modalités de prises de rendez-vous...) ainsi que les modalités de coordination (organisation des prises en charge entre les professionnels). Ci-dessous, nous reproduisons pour exemple le sommaire du projet de santé

[1] (DGOS, Ministère de la santé, 2010, p. 2) Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ont été remplacés par les schémas régionaux de santé (SRS) avec la loi de modernisation du système de santé de 2016. Les SROS, et les SRS aujourd'hui, sont des outils de mise en œuvre des projets régionaux de santé (PRS, définissant les objectifs de santé sur cinq ans au niveau régional) et prévoient notamment l'organisation de l'offre de soins ambulatoire et plus particulièrement du premier recours.

proposé par l'une des MSP de notre échantillon devant l'ARS (Document 1). Ces projets sont formulés sous forme de propositions, qui n'ont pas de valeur contraignante à ce stade : « *Les professionnels de santé* ***proposent de mettre en œuvre*** *dans le projet de santé les points suivants…* » ; « *Des réunions de concertation pour discussions sur les cas complexes entre professionnels sont ou* ***seront*** *organisées de la manière suivante…* » ; « ***Sera mis en œuvre****, dans un premier temps…* » ; « *Ce projet* ***pourrait se poursuivre*** *par la mise en place de…*[1] », etc.

Document 1 : Exemple de projet de santé de MSP

Source : Document transmis par une MSP de notre échantillon

SOMMAIRE

Premiers éléments du projet de santé de [caviardé] – Juin 2015

Page 2

[1] Extraits tirés de deux projets de santé.

En plus du projet de santé, l'ACI prévoit à son article 5[1] (nous reproduisons l'ACI en annexe) que la MSP signataire de l'accord transmette annuellement des pièces justificatives aux autorités co-contractantes, ARS et CPAM, leur permettant d'attester du respect des critères du contrat. Les cinq MSP de notre échantillon signataires de l'ACI (rappelons que la MSP 3 n'avait pas signé l'ACI au moment de notre enquête, nous y revenons plus loin) transmettent ces justificatifs sous la forme d'un document unique, qu'elles appellent « *rapport d'activité* ». Nous répertorions les justificatifs du rapport d'activité dans le tableau ci-dessous, en les différenciant selon qu'ils aient trait à l'organisation des soins proposés dans la MSP (en distinguant l'accès aux soins pour la population et la coordination entre professionnels) ou à la nature des soins proposés dans la MSP[2].

Tableau 1 : Liste des pièces justificatives à transmettre par les professionnels des MSP aux autorités sanitaires (ARS et CPAM) en vertu de l'ACI

	Justificatifs à fournir par les professionnels de la MSP
Organisation des soins proposés par la MSP	Éléments d'organisation relatifs à l'accès aux soins : - Liste des professionnels de santé associés à la structure avec, pour chaque professionnel, les informations suivantes : nom, prénom, profession, numéro d'Assurance Maladie, numéro RPPS[3]. - Charte d'engagement de la structure relative aux horaires d'ouverture et à l'accès aux soins non programmés (qui doit également être affichée dans la structure, à l'attention des patients). - Tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils permettant d'évaluer la satisfaction des patients quant à l'offre de soins et à son accessibilité (e.g. questionnaire patients).
	Éléments d'organisation relatifs à la coordination des soins : - Calendrier des réunions de concertation, avec le nombre de dossiers de patients examinés pour chaque réunion. - Protocoles élaborés.

1

2 La liste des justificatifs est organisée différemment dans l'ACI, qui distingue « *les indicateurs relatifs à l'accès aux soins* » (article 3.1), « *les indicateurs relatifs au travail en équipe et à la coordination* » (article 3.2) et « *les indicateurs relatifs au système d'information* » (article 3.3). Nous proposons une catégorisation légèrement différente : 1) Nous faisons le choix de regrouper les éléments relatifs au système d'information, aux réunions de concertation, aux protocoles pluriprofessionnels de soins et à la fonction de coordination, car ces dispositifs participent tous selon nous à outiller et formaliser la coordination entre professionnels ; 2) nous regroupons dans une même catégorie les éléments relatifs au contenu des soins proposés par les professionnels de la MSP, afin de mieux distinguer les éléments de l'ACI relatifs à l'*organisation* des soins et ceux relatifs au *contenu* des soins.

3 Le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé est un fichier national qui répertorie l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice des professionnels de santé.

	- Factures, bons de commande ou contrat d'abonnement du logiciel. -Tout document attestant de la mise en place d'une fonction de coordination (e.g. contrat de travail ou fiche de poste, dans le cas du recrutement d'une personne extérieure). - Tout document attestant de la mise en place de procédures de transmission de données avec des professionnels, services ou établissements extérieurs à la MSP.
Contenu des soins proposés par la MSP	- En plus de la liste de professionnels associés à la structure (cf. ligne 1), liste des professionnels qui réalisent des vacations sans pour autant y être associés (mêmes informations renseignées + temps hebdomadaire de présence). - Liste des missions de santé publique précisant leur contenu et leurs modalités de mise en œuvre.

Ces deux documents, projet de santé et rapport d'activité, permettent ainsi aux professionnels de rendre compte aux autorités sanitaires de l'organisation et du contenu de leurs soins en MSP, pour justifier qu'ils sont éligibles à la contractualisation et à l'obtention des NMR. Alors que l'ARS est garante de la conformité des activités du projet de santé avec les priorités régionales, l'Assurance Maladie est décisionnaire du financement de ces activités.

Une logique de redevabilité en tension avec l'idéal libéral

La littérature qui s'est intéressée aux réformes néo-managériales dans le secteur public, et plus spécifiquement dans le secteur de la santé, montre que la nouvelle logique d'« *accountability*[1] » ou de « *redevabilité* » (Bezes et al., 2011) qui sous-tend ces réformes (c'est-à-dire l'obligation pour des professionnels de rendre des comptes à la puissance publique) renforce la capacité de contrôle du régulateur sur les pratiques des professionnels et, ce faisant, menace leur autonomie[2]. Or, en imposant aux professionnels des MSP de s'engager sur le respect d'un cahier des charges et de contractualiser sur des critères encadrant leurs modalités d'exercice, la puissance publique introduit bien un système de redevabilité pour des professionnels qui ont pourtant fait le choix de l'exercice libéral. Cette nouvelle obligation de rendre des comptes aux autorités sanitaires co-contractantes a des implications à deux niveaux :

[1] Nous empruntons le terme d'*accountability* aux travaux anglo-saxons qui se sont intéressés aux tentatives de rationalisation des systèmes de santé et qui ont montré qu'elles passaient notamment par l'introduction d'outils néo-managériaux au service de la transparence et de l'*accountability* des pratiques professionnelles (Dent, 2003 ; Freidson, 1975 ; Pickard, 2009 ; Salter, 2007).

[2] Voir notamment la revue de littérature de Philippe Bezes et Didier Demazière sur le sujet (Bezes et al., 2011).

au niveau de l'expérience individuelle qu'ont les professionnels de leur travail et au niveau du statut professionnel libéral, dont certains des attributs traditionnels sont remis en cause.

Au niveau individuel, cette nouvelle relation de redevabilité est vécue comme une contrainte par les professionnels. Certains refusent tout simplement de dédier du temps à ces démarches administratives et reconnaissent ouvertement en entretien se reposer sur des collègues plus investis, qui élaborent et rassemblent les documents nécessaires pour justifier du respect des critères de l'ACI et qui assurent les relations contractuelles avec l'ARS et la CPAM. Ces derniers se plaignent d'ailleurs de la lourdeur de ces démarches administratives qui les éloignent de leur activité professionnelle : « *Parfois, on a l'impression de faire plus de paperasse et de réunions que de vraie médecine* », résumait un médecin généraliste de la MSP 6, dont nous rapportons les propos ci-après. Un médecin de la MSP 1 précisait quant à lui ne pas comprendre la nécessité de justifier chaque année d'activités reconduites (notamment les protocoles ou le système d'information, que les professionnels gardent sur plusieurs années). Si le travail administratif que la contractualisation implique est vécu comme trop lourd, il est par ailleurs croissant, ce qui conduit à un certain sentiment de lassitude chez les professionnels rencontrés en MSP. C'est précisément une limite des outils contractuels identifiée par Christine Musselin, qui décrit les possibles « *excès de formalisation et de standardisation* » des tutelles susceptibles de causer un essoufflement chez les acteurs de la contractualisation (Musselin, 2001, p. 116). Des médecins des MSP 2 et 6 (seules structures de notre panel à avoir participé à l'Expérimentation des NMR avant de signer le Règlement Arbitral puis l'ACI) témoignent en effet d'une augmentation de la charge de travail bureaucratique depuis leur entrée dans l'ENMR. À l'image de ce médecin de la MSP 6 :

> *« Les premières années, c'était tout beau, tout rose. Et puis après… On était depuis le début dans l'expérimentation des nouvelles rémunérations. Mais après, y'a eu le Règlement Arbitral et maintenant l'ACI.* ***Et ça a été de plus en plus lourd, avec plus d'exigences de la part de l'ARS et de la CPAM, plus de critères à remplir, plus de papiers.*** *Et franchement, c'est là que le modèle a ses limites. Tout ce qui est source de conflit entre nous, c'est ça, c'est l'administratif et tout ce qui est imposé.* ***Parce que même si on travaille en MSP, on reste libéraux. Et parfois on a l'impression qu'on n'a plus la liberté d'exercer comme on le voudrait.*** *Parce qu'on nous impose de tout faire rentrer dans des cases, de tout formaliser. Enfin voilà,* ***parfois on a l'impression de faire plus de paperasse et de réunions que de vraie médecine, quoi.*** *»* (Médecin généraliste, MSP 6)

Au-delà de l'expérience individuelle de la contractualisation, cette nouvelle logique d'*accountability* questionne le statut même de profession libérale que revendiquent les

personnes interrogées. En effet, exceptés quelques rares cas isolés de professionnels qui se sont dits ouverts à l'exercice salarié, les professionnels rencontrés dans les six MSP se disent attaché à leur statut libéral et usent dans leurs discours de ce que Géraldine Bloy nomme la « *rhétorique libérale* » (Bloy, 2010, p. 28). Cette auteure considère en l'occurrence la profession médicale et rappelle l'importance de la charte de la médecine libérale de 1927 (voir encadré 5 du chapitre 1) sur laquelle cette profession s'est appuyée pour définir une identité professionnelle distanciée des institutions de soins, que la profession critique pour « *leurs excès de hiérarchie, de procédures, de bureaucratie* » (Bloy, 2010, p. 28). Nous retrouvons cette rhétorique dans les discours des médecins que nous avons rencontrés, mais également des autres professions de notre échantillon, qui partagent l'idéal de l'autonomie professionnelle : liberté d'organisation (congés, horaires, etc.), liberté de prise de décision, refus d'une hiérarchie avec les autres professionnels, etc. Tous les infirmiers de notre échantillon, notamment, insistent sur leur choix de ne plus exercer à l'hôpital, qu'ils ont quitté pour deux raisons principales : leur subordination aux médecins et le poids des procédures bureaucratiques, notamment les comptes à rendre au chef ou au cadre de service. Il en est de même pour les sages-femmes de notre échantillon qui exerçaient auparavant à l'hôpital (les autres professionnels n'ont pour la plupart pas connu l'exercice hospitalier). Notons d'ailleurs que, dans leurs discours, les professionnels n'opposent pas l'exercice à l'hôpital et l'exercice en ville, mais l'exercice à l'hôpital et l'« *exercice libéral* ».

Cette revendication d'une identité libérale apparaît toutefois en tension avec les nouvelles règles contractuelles de l'exercice en MSP qui, comme nous l'avons montré dans le premier chapitre, touchent à de nouvelles dimensions de l'exercice libéral jusqu'alors épargnées par les tentatives de régulation (la coordination entre professionnels, les modalités d'accès aux soins, le type de soins proposés, ainsi que le mode de rémunération des professionnels). Interrogés sur ce point, les professionnels des MSP reconnaissent sans détour les concessions qu'implique la contractualisation avec l'ARS et la CPAM, notamment celle de « *rendre des comptes* » pour percevoir de l'argent public. Mais ils insistent simultanément sur les marges d'autonomie qu'ils conservent : liberté de prise de décision quant au choix des traitements et des soins, liberté dans la manière de réaliser les soins, responsabilité individuelle face au patient, liberté de choix des partenaires professionnels et absence de hiérarchie. Finalement, la rhétorique libérale se conjugue étonnamment avec celle de la redevabilité, et nous touchons ici au paradoxe de ce que nous considérons être un « *statut libéral sous contraintes* », sur lequel

certains professionnels ironisent eux-mêmes :

> *« Mais nous,* ***on n'est pas des libéraux purs*** *finalement. On est quand même un peu des salariés de la caisse d'Assurance Maladie* [rire]. *Moi, je dis que* ***si un jour, on devient salariés, ça nous ira très bien ! Ça nous changera pas beaucoup la vie.*** *»* (Médecin généraliste, MSP 2)

*

> *« Alors je dis souvent que je suis dans une structure hybride.* ***Je suis à la fois libéral et en structure.*** *On fait des réunions, on met en place des protocoles,* ***on rend des comptes…, ce qu'un libéral ne fait pas en général****. Parce que forcément, on nous donne des sommes importantes, donc c'est normal qu'on justifie de notre travail. »* (Psychologue, MSP 2)

*

> *« On a un tarif règlementé, donc déjà, pour des libéraux… Maintenant, on commence à avoir des horaires règlementés, sur la continuité des soins et la permanence des soins. On a des textes de loi qui disent que le médecin traitant doit orienter ses patients vers d'autres en cas d'absence.* ***Enfin... on n'est libéraux que de nom finalement. On est des fonctionnaires déguisés. Avec la seule liberté qu'on a, c'est de travailler 50 heures ou 70 heures par semaine. Voilà !*** [rire] *Je suis assez critique mais c'est vrai. Enfin, c'est pas méchant, mais on est fonctionnaires. Moi, qui c'est qui me paye ? C'est la sécu et…* ***Oui, moi, je considère que je suis un fonctionnaire, disons "cadre supérieur de la fonction publique"*** [rire]. » (Médecin généraliste, MPS 4)

Si l'exercice en MSP implique pour les professionnels libéraux de mettre en œuvre des procédures inédites encadrant leurs pratiques et de devenir redevables vis-à-vis des autorités sanitaires, comment expliquer que les professionnels que nous avons rencontrés sur le terrain continuent de défendre un certain idéal libéral et estiment conserver leur autonomie ? Nous expliquons cela par leur capacité à s'arranger avec les procédures de rationalisation qui seraient susceptibles de les contraindre et, ce faisant, non seulement à en limiter la portée contraignante mais aussi à en faire une ressource au service de leurs propres objectifs.

B - S'arranger avec les procédures de rationalisation une fois en MSP : formalisation des pratiques existantes, réinterprétation des procédures et utilisation discrétionnaires des NMR

Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre de cette thèse, les nouvelles obligations qui s'imposent aux professionnels des MSP avec la signature de l'ACI ne touchent pas au contenu du travail de soins (c'est-à-dire aux activités diagnostiques, cliniques, curatives, préventives ou éducatives réalisées par les professionnels pendant leurs consultations) : ces éléments font en effet l'objet de règles et de procédures dites « *optionnelles* » dans l'ACI, qui ne conditionnent pas l'obtention des NMR mais permettent de percevoir un niveau

supplémentaire de rémunérations. L'organisation des soins (notamment les modalités d'accès aux soins et de coordination entre professionnels) fait en revanche l'objet de procédures obligatoires, dont le respect conditionne la signature du contrat et l'obtention des NMR. Nous allons montrer dans cette deuxième partie que les professionnels des MSP parviennent à limiter la portée contraignante de ces procédures obligatoires, à travers divers arrangements quotidiens qui procèdent de trois principaux mécanismes que nous avons identifiés sur le terrain. À un premier niveau, les professionnels libéraux des MSP opèrent une simple formalisation de pratiques déjà existantes : il s'agit de donner à voir à l'ARS et à la CPAM des pratiques informelles qui satisfont déjà aux obligations contractuelles. À un second niveau, les professionnels réinterprètent les nouveaux outils et procédures pour les adapter aux situations qu'ils connaissent localement. Enfin, à un troisième niveau, les professionnels tirent profit de la contractualisation avec les autorités : ils voient le respect des procédures de rationalisation comme le moyen d'obtenir de nouvelles ressources financières (les NMR) qu'ils allouent de manière discrétionnaire au développement de nouvelles activités. Dans un premier temps (1), nous considérons conjointement les deux premiers mécanismes, car ils participent tous deux à réduire l'écart entre les pratiques des professionnels et les nouvelles prescriptions de l'ACI, et permettent ainsi aux professionnels de maintenir l'existant tout en répondant de manière conforme à leurs nouvelles obligations contractuelles. Dans un deuxième temps (2), nous analysons le troisième mécanisme, car ce dernier permet aux professionnels non pas de maintenir l'existant mais au contraire de faire évoluer leurs pratiques. Dans un troisième temps (3), nous montrons que cette appropriation des procédures a un coût pour les professionnels, dans la mesure où elle suppose de nouvelles activités organisationnelles qui s'ajoutent aux activités de soins des professionnels.

1) Maintenir les pratiques existantes : formalisation des pratiques et réinterprétation des procédures

Invités à comparer leur exercice actuel et celui avant l'installation en MSP, les professionnels considèrent en majorité qu'il y a peu de changements dans l'organisation et le contenu de leur exercice quotidien. Pour plusieurs professionnels, le maintien de l'existant est d'ailleurs une condition ayant présidé au choix de s'installer dans la MSP, à l'image de cet infirmier :

*« **C'était l'une de mes conditions pour venir m'installer ici, continuer à faire mes soins comme avant**, continuer à faire mes tournées, à aller au domicile de mes patients. Enfin, à faire mon travail d'infirmier, quoi ! C'est ce que j'aime. Après, j'ai un bureau ici, je passe, je viens déposer un papier, je croise untel… Mais **je continue comme avant**. »* (Infirmier, MSP 4)

Ce témoignage est loin d'être un cas isolé et la question est de savoir comment les professionnels des MSP peuvent continuer à exercer « *comme avant* » tout en respectant les termes d'une contractualisation inédite.

Formaliser des pratiques existantes

Les critères obligatoires ou « *socles* » de l'ACI, qui conditionnent la contractualisation et l'obtention des NMR, concernent à la fois l'organisation de l'accès aux soins pour les patients et l'organisation de la coordination des soins entre professionnels. Concernant l'accès aux soins, l'ACI introduit à son article 3.1. de nouvelles obligations qui ne s'appliquent qu'aux médecins généralistes et sont inédites dans le secteur libéral. Premièrement, alors que les médecins libéraux sont libres de décider de leur volume horaire de travail, l'ACI impose des horaires d'ouverture pour la MSP (de 8h à 20h en semaine et de 8h à 12h le samedi) pendant lesquels les patients doivent pouvoir avoir accès à un médecin généraliste dans la structure. Deuxièmement, les médecins doivent s'organiser pour assurer une continuité de l'offre de soins sur ces horaires d'ouverture, c'est-à-dire un système de roulement pour qu'il y ait toujours un médecin accessible dans la MSP. Troisièmement, alors que les médecins proposent aujourd'hui en majorité leurs consultations sur rendez-vous et traitent des demandes de consultations urgentes en adaptant leurs plannings au cas par cas, l'ACI impose un accès quotidien à des soins non programmés pour les « *petites* » urgences[1], c'est-à-dire sans prises de rendez-vous préalables.

Si ces obligations sont nouvelles, les médecins rencontrés dans les six MSP de notre échantillon expliquent qu'elles ne font que formaliser et rendre obligatoire une organisation qui existait déjà de fait. En effet, il leur arrivait déjà de rester jusqu'à plus de 20h dans leurs cabinets et, si ce n'était pas le cas, ils restaient joignables par téléphone pour les patients. L'organisation

[1] C'est ainsi que les professionnels des MSP étudiées désignent les demandes urgentes de soins médicaux, qui ne peuvent être prévues à l'avance du fait d'un accident ou d'une dégradation soudaine de l'état de santé, mais qui ne supposent pas un recours aux urgences hospitalières.

de la continuité des soins faisait quant à elle l'objet d'un accord tacite entre médecins généralistes, qui s'organisaient pour prendre leurs congés en alternance et recommandaient à leurs patients de contacter leurs confrères pendant leur absence. En revanche, la nouvelle obligation de proposer des soins non programmés a obligé certains médecins de notre échantillon à modifier leur organisation : alors que la plupart des médecins répondaient auparavant au cas par cas aux demandes de consultations spontanées, en les intercalant entre leurs consultations déjà programmées, les médecins des MSP 1, 2, 4 et 6 ont mis en place un système de roulement en vertu duquel un ou plusieurs médecins sont responsables quotidiennement d'une plage de consultations sans rendez-vous.

L'ACI n'imposant pas de modifications dans les modalités d'accès aux soins des autres professionnels, ceux-ci ne font pas été de changements dans leur organisation quotidienne. Arrêtons-nous toutefois sur le cas des infirmiers : si ces professionnels réalisent l'essentiel de leurs soins aux domiciles des patients, en s'organisant en « *tournées* » (se déplaçant d'un domicile à un autre pour réaliser leurs soins), la majorité des cabinets infirmiers proposent également des permanences de quelques heures hebdomadaires dans les MSP, pendant lesquelles ils peuvent recevoir des patients. Nous avons initialement cru y voir un changement substantiel de l'organisation de l'activité des infirmiers, avant de nous raviser : la majorité des infirmiers continue en effet de faire la totalité de leurs soins aux domiciles des patients et ceux qui proposent des soins dans la MSP précisent qu'ils représentent une part minoritaire de leur activité. Ils expliquent cela par le fait que les patients, qu'ils soient en mesure de se déplacer ou non, préfèrent que les soins soient réalisés à domicile quitte à supporter le coût de l'indemnisation de déplacement prévue dans les tarifs conventionnels des infirmiers libéraux[1]. Ajoutons que les infirmiers eux-mêmes sont majoritaires à préférer réaliser leurs soins à domicile : ils estiment que cette organisation leur permet d'optimiser leur temps en évitant d'attendre les patients (jugés peu ponctuels) aux cabinets. Finalement, les infirmiers qui s'astreignent à organiser des permanences en MSP reconnaissent qu'ils réalisent pendant celles-

[1] Les tarifs conventionnels applicables aux infirmiers libéraux prévoient une indemnisation pour le déplacement au domicile du patient : celle-ci correspond à une somme forfaitaire de 2,50€ par visite, à laquelle s'ajoute une indemnisation kilométrique en fonction de l'éloignement entre le cabinet infirmier et le domicile du patient (qui n'est pas la même selon que le patient réside « *en plaine* » – 0,35€/km – ou « *en montagne* » – 0,50€/km). Or, si le déplacement au domicile n'est pas prescrit sur l'ordonnance médicale, ce coût n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie et il revient au patient de le porter. L'objectif de la puissance publique est d'inciter les patients qui sont en mesure de se déplacer à venir au cabinet infirmier (que le cabinet soit situé en MSP ou non).

ci essentiellement des tâches administratives (courriers, comptabilité, organisation de leur pharmacie, etc.) et non des soins.

En résumé, les nouvelles obligations de l'ACI relatives à l'accès aux soins confirment une organisation en partie existante pour les médecins généralistes et ne contraignent pas l'organisation quotidienne des autres professionnels des MSP.

Concernant maintenant les obligations relatives à la coordination entre professionnels des MSP, alors qu'il n'existe pas d'obligations en la matière dans le secteur ambulatoire libéral, l'ACI prévoit à ses articles 3.2. et 3.3. de nouveaux outils et procédures : les professionnels signataires de l'ACI sont tenus d'élaborer des protocoles pluriprofessionnels de soins qui définissent les moments d'intervention et les tâches des différents professionnels au cours de certaines prises en charge ; d'organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelle rassemblant les différents professionnels de la structure ; et de choisir un système d'information unique pour partager des informations dans les dossiers des patients, alors qu'ils utilisaient auparavant des logiciels métiers différents. Ces outils ont pour objectif de faciliter le partage d'informations entre professionnels sur les patients pris en charge mutuellement et d'organiser les prises en charge entre les différents intervenants. L'analyse de la mise en œuvre de ces nouveaux outils révèle que ceux-ci formalisent souvent des liens et une organisation qui existaient déjà de manière informelle entre partenaires de soins.

Les protocoles de soins sont introduits pour la premières fois dans le secteur ambulatoire par la loi HPST de 2009, à son article 51, et sont inscrits depuis aux articles L. 4011-1, 4011-2 et 4011-3 du Code de la santé publique (cf. encadré 1 ci-dessous). Ces protocoles prévoient la réorganisation de la prise en charge de certaines pathologiques chroniques à travers des délégations (ou transferts) d'activités des médecins vers les autres professionnels de santé et formalisent ce faisant une redistribution des tâches. Si le Code de la santé publique ne réserve pas les protocoles pluriprofessionnels de soins à l'exercice en MSP, l'ACI les identifie comme un outil obligatoire pour organiser les prises en charge coordonnées des patients dans ces structures, qui doit permettre de « *répondre à la question "qui fait quoi quand*" » (article 3.2.). Pour élaborer ces protocoles les professionnels des MSP doivent s'appuyer sur des modèles fournis par la FFMPS et validés par la HAS, relatifs à sept thématiques considérées comme prioritaires au niveau national : la bronchiolite du nourrisson, le diabète de type 2,

l'hypertension artérielle (HTA), le traitement des accidents thromboemboliques par anticoagulants (médicaments également appelés anti-vitamines K, ou AVK), les plaies chroniques et ulcères de jambes, ainsi que l'amélioration de la couverture vaccinale[1] (nous proposons l'exemple du protocole AVK en annexe). Les professionnels peuvent également proposer des protocoles qui ne s'inscrivent pas dans cette liste, mais ils doivent alors être soumis à l'ARS pour validation, qui transmet son avis à la HAS qui décide quant à elle de l'opportunité d'intégrer ces protocoles à la liste de ceux validés au niveau national. La plupart des protocoles élaborés par les professionnels des MSP de notre échantillon sont des déclinaisons des protocoles validés par la HAS : nous retrouvons dans quatre MSP le protocole dit « AVK » ; dans trois MSP le protocole de prise en charge des plaies chroniques et ulcères de jambe ; dans deux MSP le protocole relatif au suivi des patients atteints de diabète de type 2 ; dans deux MSP le protocole relatif au suivi des patients présentant une hypertension artérielle ; et dans deux MSP le protocole de prise en charge des lombalgies. Plus loin dans le chapitre, nous évoquerons toutefois certains cas particuliers où les professionnels de notre échantillon ont souhaité développer des protocoles qui n'apparaissaient pas dans la liste de la HAS et qu'ils estimaient mieux répondre à leurs besoins.

Interrogés sur la potentielle transformation induite par ce nouvel outil de division des tâches, professionnels médecins et non-médecins s'accordent pour dire que les protocoles formalisent par écrit une division des tâches déjà existante, plutôt qu'ils n'en induisent une nouvelle. Pour illustration, nous rapportons deux extraits d'entretiens avec un médecin généraliste et un masseur-kinésithérapeute :

> Enquêtrice : *« Et vous parliez des protocoles. Est-ce que vous pensez que ces outils changent ce que vous faites, au quotidien ? »*
> Interviewé : *« Au jour d'aujourd'hui ? Alors le protocole pied diabétique, je pense pas. Enfin si, peut-être qu'on sait mieux quand il faut adresser des patients à nos pédicures-podologues. Voilà, peut-être ça. Alors, est-ce que pour autant je fais plus de tests au filament*[2] *pour voir… ? Je suis pas sûr. Pour le protocole AVK,* ***on n'a fait que mettre en image ce qu'on faisait déjà****. En gros, c'est rien de…* ***Enfin, je veux dire qu'on était déjà pas mal organisés, donc ça a pas***

[1] Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours, consultée le 17/06/2020.

[2] Le test de sensibilité du pied avec mono-filament permet de diagnostiquer un risque d'ulcération chez les patients atteints de diabète (l'ulcère du pied est une des complications du diabète qui peut mener à l'amputation du patient). Si les patients sont avérés à risque suite à ce test, les médecins peuvent alors prescrire des soins préventifs de pédicurie remboursés par l'Assurance Maladie.

***trop changé ce qu'on faisait**. Le protocole entorse avec les kinés, il est en train de s'écrire, donc je peux pas vous dire. »* (Médecin généraliste, MSP 4)

*

« *Alors, on nous demande des protocoles. Soit, on les fait. Mais après, **j'ai l'impression que c'est plus pour raconter ce qu'on fait déjà**. Moi, les lombalgies*[1], ***j'en fait depuis toujours, c'est mon métier ! Mais bon, faut le formaliser**. **Faut qu'on écrive noir sur blanc** quand le médecin doit nous appeler.* » (Masseur-kinésithérapeute, MSP 2)

Encadré 1 : Les protocoles pluriprofessionnels de soins

Extraits des articles L. 4011-1, L. 4011-2 et L. 4011-3 du Code de la santé publique :

Article L. 4011-1 : « *Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.* »

Article L. 4011-2 : « *Les professionnels de santé peuvent soumettre à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. Ces derniers précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.* »

Article L. 4011-3 : « *L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation.* » (Article L. 4011-3)

L'ACI introduit deux autres outils ayant vocation à faciliter le partage d'informations et la prise de décision concertée entre professionnels : les réunions de concertation pluriprofessionnelle et le système d'information partagé. Au nombre de six par an minimum, les réunions de concertation pluriprofessionnelle doivent rassembler les différents professionnels impliqués dans les prises en charge de certains patients[2] et visent à « *définir la stratégie de prise en charge du patient et à coordonner sa mise en œuvre* » entre ces professionnels (article 3.2. de l'ACI). Les professionnels doivent également choisir un système d'information partagé parmi plusieurs logiciels labellisés par l'Agence du Numérique en Santé

[1] Soins des douleurs du rachis lombaire (*tour de reins*, dans le langage courant).

[2] L'ACI précise qu'il s'agit des patients atteints d'affections sévères complexes comme l'insuffisance cardiaque ou les troubles psychiques graves, des patients atteints de pathologies chroniques qui impliquent un suivi et des interventions pluriprofessionnelles comme les lombalgies chroniques ou les états dépressifs, des patients dont le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique sont difficiles, des patients en perte d'autonomie, des grossesses à risque, etc. Pour la liste complète des sujets de réunions de concertation pluriprofessionnelle, nous renvoyons à l'annexe 3 de l'ACI (en annexe).

(ANS[1]) intégrant *« les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'une structure pluriprofessionnelle*[2] ». Ces fonctionnalités doivent non seulement permettre la coordination pluriprofessionnelle (c'est-à-dire la gestion des protocoles de soins et des réunions de concertation ainsi que l'accès des différents professionnels aux dossiers des patients sur le logiciel), mais aussi répondre aux besoins propres à l'exercice de chaque professionnel (notamment la gestion des plannings de consultations et la facturation des consultations). Le système d'information partagé doit également permettre un suivi de l'activité globale de la structure pour pouvoir fournir des données à l'ARS et à la CPAM dans le cadre de l'ACI (nombre de consultations, nombre de cas de patients traités en réunions de concertation, nombre de patients ayant déclaré l'un des médecins de la structure comme médecin traitant, etc.)

La plupart des professionnels rencontrés en MSP estiment que ces nouveaux outils facilitent le partage d'informations entre partenaires de soins plus qu'ils n'induisent de nouveaux échanges. Ils expliquent en effet qu'ils échangeaient déjà ponctuellement des avis et des informations sur des cas de patients quand ils l'estimaient nécessaire, de manière informelle (par téléphone, par e-mail ou plus rarement *de visu*), avant que cela ne soit formalisé à travers des moments dédiés de réunions et l'utilisation d'un logiciel commun. Nous verrons toutefois dans le chapitre 6 que, depuis leur installation en MSP, les professionnels se sollicitent plus souvent qu'avant (mais qu'ils expliquent ce renforcement des liens davantage par la nouvelle proximité géographique que par la mise en place d'outils formels au service de la coordination) :

> *« Par rapport à ce qui est demandé, **on avait l'impression de le faire déjà**. Les échanges avec les infirmiers et les kinés on les a, les horaires on les a, le secrétariat on l'a. Les infirmiers, je veux dire, on les a toujours eus au téléphone. **C'est complètement informel mais ça fonctionne très bien**. »* (Médecin généraliste, MSP 4)

*

> *« Quand on a vu ce que ça voulait dire de **monter une maison, c'était de formaliser des choses qu'on faisait déjà**. Parce qu'en fait, on était déjà réunis en groupe médical. Même si, bien sûr, on n'avait pas de projet de santé tel que l'entend l'ARS maintenant. Mais **à l'époque, c'était déjà travailler ensemble, partager des charges, un mode de fonctionnement. C'était pas formalisé mais c'était déjà ça**. »* (Médecin généraliste, MSP 3)

*

---

[1] L'Agence du Numérique en Santé (ANS) est une agence rattachée au Ministère de la Santé responsable de la régulation des outils numériques. Elle a remplacé l'Asip Santé.

[2] https://esante.gouv.fr/labels-certifications/label-e-sante-logiciel-maisons-centres-de-sante, consulté le 15/06/2020.

> *« **On s’est toujours bien entendus avec les médecins**. **J’ai jamais hésité à les appeler quand j’avais besoin**, pour une question sur un patient, pour une ordonnance... Enfin, **on fonctionnait déjà très bien ensemble**. Après, c’est sûr que **c’est encore plus facile aujourd’hui**. On se voit, on se croise, on fait des réunions. Mais **ça reste quand même assez informel**. Je continue à les appeler ou à aller les voir directement quand j’ai besoin. »* (Infirmier, MSP 4)

Ces différents éléments nous amènent finalement à formuler deux constats. D’abord, les nouvelles procédures de l’ACI au service de la rationalisation de l’accès aux soins renvoient à des pratiques déjà répandues parmi les médecins généralistes et ne contraignent pas les autres professionnels des MSP. Ensuite, les professionnels considèrent que les procédures et les outils venant encadrer leur coordination formalisent des pratiques qui existaient déjà pour la plupart de manière informelle. Nous soutenons ainsi que les différents professionnels des MSP acceptent d’autant mieux les nouvelles procédures de rationalisation qu’elles reprennent en grande partie ce qu’ils estimaient déjà faire avant la contractualisation avec l’ARS et la CPAM. C’est également ce qu’observaient Ruth McDonald, Kath Checkland, Stephen Harrison et Anna Coleman en Angleterre, dans leur analyse des réponses des GPs et des infirmières de soins primaires à l’introduction d’indicateurs de qualité (les *Quality and Outcomes Frameworks*) (McDonald et al., 2009). Il suffit finalement aux professionnels des MSP d’objectiver ces pratiques existantes pour justifier du respect de leurs obligations contractuelles.

Réinterpréter les procédures de l’ACI

Ce travail de formalisation n’est toutefois pas suffisant pour pouvoir justifier de la mise en œuvre de toutes les procédures imposées par la signature de l’ACI. Le fait est que si les professionnels coordonnaient leurs interventions au cours des prises en charge des patients, cela se faisait au cas par cas ; et que s’ils échangeaient déjà des informations de manière informelle, ils n’organisaient pas de réunions pluriprofessionnelles avant leur installation en MSP et n’utilisaient pas le même logiciel informatique. Dès lors, comment expliquer qu’ils parviennent à satisfaire à ces nouvelles obligations sans juger cela contraignant ? Notre étude révèle que l’imprécision des procédures de l’ACI laisse une marge de manœuvre aux professionnels dans leur application, qui leur permet de les décliner localement et de les adapter à ce qu’ils peuvent et veulent bien faire en pratique.

Concernant les protocoles, si les cinq MSP de notre panel signataires de l’ACI ont puisé

dans les modèles proposés par la FFMPS et validés par la HAS, nous constatons qu'ils prennent des formes différentes au niveau local. Prenons pour exemple la prise en charge des patients atteints de diabète. Dans la MSP 2, le protocole relatif à cette pathologie encadre les actions de prévention et d'éducation thérapeutique réalisées par un infirmier Asalée[1] (ce professionnel organise en l'occurrence des ateliers de marche à pied et de conseils diététiques et culinaires). Dans les MSP 4 et 5, en revanche, le protocole organise la coordination entre médecins généralistes et pédicures-podologues : il prévoit qu'un médecin généraliste réalise un test de sensibilité du pied du patient diabétique, qui lui permet de diagnostiquer le risque d'ulcération du patient et de prescrire, le cas échéant, des soins préventifs de pédicurie. Le protocole AVK fournit un autre exemple de déclinaison locale : dans la MSP 6, il prévoit que les professionnels soignants de l'EHPAD (situé dans la même commune que la MSP) puissent adapter les traitements par anticoagulants prescrits par les médecins généralistes de la MSP, alors que dans les autres structures de notre échantillon, le protocole renvoie à l'adaptation des traitements par les infirmiers libéraux de la MSP. Ces exemples montrent que derrière les thématiques et les pathologies identifiées par la HAS et les modèles de protocoles proposés par la FFMPS, ces outils sont suffisamment peu précis ou complets pour que les professionnels puissent les décliner localement en fonction de leurs besoins.

Concernant maintenant les réunions de concertation pluriprofessionnelle, l'ACI précise le nombre minimal de réunions à tenir annuellement (six), ainsi que le nombre de dossiers de patients à étudier dans le cadre de ces réunions (qui doit atteindre un minimum de 5% des patients dont les médecins traitants exercent dans la MSP et qui présentent une affection de longue durée ou qui sont âgés de plus de 75 ans). En revanche, la durée de ces réunions, le type et le nombre de professionnels présents, les modalités de prise de décision ou encore les documents produits au cours de ces réunions, ne sont pas précisés dans l'ACI. Si les cinq MSP de notre échantillon signataires de cet accord justifient du nombre requis de réunions, nous avons constaté qu'elles prenaient des formes différentes localement. Les professionnels des MSP 2 et 4, par exemple, comptabilisent aussi bien les discussions informelles entre deux professionnels (qui peuvent durer une dizaine de minutes, dans un couloir ou pendant une pause-café) que les réunions qu'ils qualifient eux-mêmes de formelles (qui durent une heure et

[1] Les infirmiers Asalée sont des infirmiers qui ont suivi une formation supplémentaire pour se spécialiser dans la prévention et la prise en charge de certaines pathologies chroniques. Nous analysons en détails leurs activités dans le chapitre 6.

demie à deux heures, sont prévues à l'avance avec un ordre du jour et une feuille de présence et rassemblent la majorité des professionnels de la MSP), et additionnent ces différents moments passés à échanger sur des cas de patients pour en rendre compte dans leurs rapports d'activité. Par ailleurs, dans les différentes MSP de notre échantillon, nous avons constaté que les professionnels n'assistaient pas tous aux réunions de concertation formellement programmées, ce qui ne contrevenait pas à l'ACI dans la mesure où il n'y est pas précisé combien de professionnels doivent être présents ni lesquels. Plusieurs reconnaissent en effet ne venir que ponctuellement aux réunions, quand ils estiment avoir le temps ou que cela ne perturbe pas leur planning de consultations. Les infirmiers expliquent notamment que ces réunions ont lieu le plus souvent sur l'heure du déjeuner, au moment où ils sont en tournées aux domiciles des patients. Ils n'y participent ainsi que s'ils sont en jour de repos ou s'ils terminent leurs tournées plus tôt. Plusieurs médecins reconnaissent également ne pas assister à toutes les réunions, par manque de temps, à l'image des deux médecins dont nous rapportons les propos ci-dessous :

> *« **Les réunions qui servent à rien, chronophages, moi j'en ai eu ma claque**. Se réunir pour se réunir... **Si on va par là, on va plus voir de patients**. Parce que s'asseoir deux heures autour d'une table, ça fait 6 ou 7 patients que je vois pas. Voilà, **j'ai pas le temps, on a beaucoup de boulot** donc moi je privilégie ce que je sais bien faire, m'occuper des patients. »* (Médecin généraliste, MSP 5)

*

> *« C'est surtout, et je pense que je ne suis pas le seul à le penser, que le temps passé n'est plus uniquement du temps de consultation. Alors que la médecine autrefois, c'était essentiellement du temps passé avec les patients et très peu sur la concertation avec d'autres professionnels. Donc c'est peut-être la difficulté... de se dire qu'**il faut se réserver du temps pour faire des staffs, pour les échanges, et que c'est du temps qui est pris sur le temps de travail**. Parce que **c'est bien joli de faire des réunions à 13h30, mais si on a des consultations ou des visites à faire, il va bien falloir les voir ces gens-là. Et comment on va faire ?** On va faire les visites plus tard ? on va dire non aux patients ?* (…) *C'est pas qu'une question de manque d'argent, c'est une question qu'il y a des patients à voir. »* (Médecin généraliste, MSP 2)

Enfin, concernant le système d'information partagé, l'ANS a publié une liste de logiciels labellisés parmi lesquels les professionnels des MSP doivent choisir, mais sans préciser combien de professionnels, ni lesquels, doivent l'utiliser pour qu'il soit considéré comme effectif. Ainsi observe-t-on sur le terrain que la mise en place d'un système d'information ne garantit pas son utilisation par tous les professionnels de la structure. Dans toutes les MSP de

notre échantillon, les médecins généralistes utilisent le nouveau logiciel pluriprofessionnel[1], alors que les autres professionnels continuent à utiliser leurs logiciels métiers et que seule une minorité d'entre eux s'astreint à utiliser en parallèle le logiciel pluriprofessionnel. Ce phénomène s'explique par le fait que les logiciels pluriprofessionnels labellisés par l'ANS sont calqués sur les logiciels médicaux et que les fonctionnalités qu'ils proposent ne satisfont pas tous les besoins des autres professionnels ; notamment, ils ne leurs permettent pas de facturer leurs consultations, ce qui est pourtant un prérequis imposé par l'ANS. Les professionnels paramédicaux que nous avons rencontrés se disent cependant intéressés par l'utilisation d'un logiciel pluriprofessionnel, mais attendent que les solutions proposées par les éditeurs soient adaptées aux spécificités de leurs exercice avant de changer d'outil. Les médecins généralistes reconnaissent d'ailleurs que les logiciels pluriprofessionnels ne sont pas adaptés à l'exercice de tous les membres de la MSP (voir l'encadré 2 ci-dessous).

Encadré 2 : Des logiciels pluriprofessionnels calqués sur des logiciels médicaux

En marge de cette étude[2], nous avons assisté à plusieurs réunions de démonstration proposées par des éditeurs de logiciels pluriprofessionnels à des professionnels de santé en cours d'élaboration de projets de MSP, entre 2013 et 2015. L'objectif de ces réunions était que les professionnels choisissent, parmi différents logiciels labellisés par l'agence du Ministère de la Santé (à cette époque, l'Asip Santé, qui a été remplacée depuis par l'ANS) la solution la plus adaptée à leurs besoins.

Nous avons pu assister aux démonstrations de trois éditeurs de logiciels différents. Si les fonctionnalités des logiciels présentés répondaient aux besoins génériques des médecins généralistes présents (même si les avis des médecins pouvaient diverger sur la plus ou moins grande praticité de chaque solution), ces logiciels présentaient tous des lacunes concernant les besoins des professionnels non-médecins. Ils n'étaient notamment pas configurés pour permettre à ces professionnels de facturer leurs consultations, ni pour recueillir toutes les informations qu'ils renseignaient habituellement dans leurs logiciels métiers. Les trois éditeurs de logiciels auditionnés reconnaissaient ouvertement devant les professionnels que les logiciels proposés étaient en cours de développement et ne permettaient pas encore ces fonctionnalités. Ils s'engageaient toutefois à ce qu'elles soient rapidement développées.

Deux ans plus tard, quand nous avons réalisé l'enquête qui fait l'objet de cette thèse, les professionnels non-médecins interrogés évoquaient la même incompatibilité des logiciels pluriprofessionnels labellisés avec les besoins de leur exercice individuel.

[1] À deux exceptions près. Rappelons que la MSP 3 n'avait pas signé l'ACI au moment de notre enquête et que les professionnels de cette structure n'étaient donc pas tenus contractuellement de mettre en place le système d'information partagé (ils en exprimaient toutefois le souhait, estimant que cet outil pourrait faciliter le partage d'informations). Depuis leur signature de l'ACI fin 2019, ils ont choisi un logiciel pluriprofessionnel que seuls les médecins utilisaient au moment où nous achevions ce travail, bien qu'il soit prévu que tous les professionnels l'utilisent à terme. De plus, nous verrons dans le chapitre 5 que le choix du système d'information a fait l'objet de conflits dans la MSP 5, qui n'en avait pas au moment de notre enquête. Les professionnels continuaient ainsi à utiliser leurs différents logiciels métiers, ce qui n'avait pas pour autant remis en question la signature de l'ACI.

[2] J'ai assisté à ces réunions en qualité de consultante en organisation du système de santé, avant de démarrer ce travail de thèse.

Ce « *découplage* » (Le Bianic, 2011 ; Levay et Waks, 2009) entre les procédures formelles prescrites par l'ACI et les pratiques des professionnels de santé sur le terrain est selon nous rendu possible par l'imprécision des procédures elles-mêmes. Celle-ci offre une marge de manœuvre aux professionnels pour adapter les nouvelles règles de l'exercice en MSP à ce qu'ils font déjà ou à ce qu'ils souhaitent développer au sein de leur structure. C'est d'ailleurs ce qu'ont analysé Patrick Castel et Ivanne Merle dans le secteur du cancer (Castel et Merle, 2002) : ces auteurs ont montré que l'imprécision et l'incomplétude des normes de bonnes pratiques permettaient aux médecins de les adapter et de les décliner localement, ce qui était d'ailleurs une condition pour que ces professionnels acceptent le processus de normalisation dont leurs pratiques font l'objet. C'est également ce que constataient Stefan Timmermans et Marc Berg, selon lesquels le « *bricolage* » (« *tinkering* ») avec les protocoles cliniques est une condition de l'adhésion des médecins à ces dispositifs (Timmermans et Berg, 1997).

2) Développer de nouvelles pratiques en profitant des NMR

À un premier stade, donc, les professionnels, des MSP parviennent à limiter la portée contraignante de la contractualisation et à maintenir leurs pratiques existantes, aussi bien dans le contenu que dans l'organisation de leurs soins. Mais l'appropriation des procédures de rationalisation peut aller plus loin : nous avons constaté sur le terrain que les professionnels pouvaient trouver dans la nouvelle contractualisation avec les autorités sanitaires – et plus précisément dans les NMR auxquels elle donne droit – une ressource pour développer certaines activités qui n'auraient pas été possibles en dehors de la MSP. À un premier niveau, les NMR permettent de rémunérer les professionnels pour de nouvelles actions de santé publique encouragées par l'ARS et la CPAM. À un second niveau, ces rémunérations peuvent être utilisées de manière discrétionnaire par les professionnels pour financer de nouvelles activités que n'ont pas anticipées les autorités sanitaires.

Développer des actions de santé publiques rémunérées par les NMR

Les NMR ont été conçus comme un moyen de dédommager les professionnels à la fois pour le temps passé à l'organisation de l'accès aux soins et à la coordination, mais aussi à

l'enrichissement de l'offre de santé proposée aux patients, comme l'indique le cahier des charges de la DGOS : « *Les maisons de santé pluriprofessionnelles peuvent bénéficier de financements spécifiques pour assurer de nouvelles tâches incombant aux professionnels de santé exerçant de façon groupée et pluriprofessionnelle (coordination, management, concertation interprofessionnelle…) et de nouveaux services mis en œuvre pour répondre aux besoins des patients (éducation thérapeutique du patient, préparation de la sortie d'hospitalisation…)*[1] ». Ces nouveaux « *services* » ont été précisés dans l'ACI qui identifie une liste de « *missions de santé publique* » renvoyant à des activités de prévention et d'éducation thérapeutique : amélioration de la couverture vaccinale, lutte contre la tuberculose, lutte contre le surpoids et l'obésité chez les enfants, lutte contre les souffrances psychiques et les conduites addictives chez les adolescents, prévention du suicide, prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression iatrogénie), prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité, éducation thérapeutique pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Ces éléments font l'objet de critères optionnels de l'ACI : ainsi les professionnels des MSP sont libres d'enrichir l'offre de santé proposée dans leur structure en choisissant parmi ces actions et sont soutenus financièrement pour le faire, ce qui ne leur serait pas possible en dehors de la MSP.

Mais nous avons constaté sur le terrain que les NMR perçus par les professionnels des MSP, qu'ils l'aient été au titre de l'organisation des soins ou au titre des missions de santé publique que nous venons d'évoquer, pouvaient être utilisés pour financer d'autres activités, non-prévues par les autorités sanitaires co-contractantes.

Utiliser les NMR de manière discrétionnaire pour développer de nouvelles activités

Les NMR ne sont assortis d'aucune obligation concernant leur allocation au sein de la MSP. Les professionnels sont donc libres d'en faire l'utilisation qu'ils estiment la plus appropriée à leurs besoins localement. Ainsi avons-nous vu des professionnels dédier une part des NMR à la rémunération des secrétaires médicales dans les MSP 4 et 6 (dans la mesure où celles-ci réalisaient une partie du travail de coordination, cf. prochaine sous-partie) ; à l'achat

[1] (DGOS, Ministère de la santé, 2010).

de mobilier et de matériel médical dans les MSP 2 et 4 (écrans pour diffuser des messages de prévention à l'attention des patients, équipement médical spécifique comme un électrocardiographe) ; à l'organisation de déjeuners d'équipe dans la MSP 4 (commandes de repas chez un traiteur) ; au dédommagement du temps passé à l'auto-évaluation des pratiques dans la MSP 6 (intervention d'un professionnel extérieur pour faire de l'évaluation collective des pratiques) ; et, enfin, au financement de nouvelles offres de prise en charge pour les patients dans la MSP 2 (en matière de prévention de la dépression chez les personnes âgées, d'accès à la contraception chez les adolescents et de repérage de la fragilité pour éviter les hospitalisations). Ces différentes actions, qui visent pour certaines à améliorer l'organisation et les conditions de travail des professionnels et, pour d'autres, à diversifier l'offre de soins, n'ont pas été anticipées par les autorités sanitaires et relèvent d'initiatives des professionnels eux-mêmes, rendues possibles par l'obtention des NMR. Soulignons que ces initiatives ont toutes été acceptées par les ARS et les CPAM qui en ont eu connaissance à travers les rapports d'activités transmis par ces MSP.

Supris par cette absence d'obligation quant à l'utilisation des NMR, nous avons interrogé un ancien membre de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), en poste au moment du lancement de l'Expérimentation des NMR (ENMR). Celui-ci nous a expliqué que la liberté d'utilisation des NMR était un choix politique : l'idée de la DSS ainsi que de la DGOS, était de ne pas faire reposer la transformation des soins primaires sur des « *financements fléchés* », solution trop souvent favorisée par les tutelles selon lui, mais de « *laisser une marge de manœuvre* [aux professionnels] *pour expérimenter*[1] ». Cette position d'ouverture face aux expérimentations des professionnels de santé a été rappelée également par Nicolas Revel, directeur de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), lors des rencontres annuelles de la FFMPS de 2018. Évoquant l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 (cf. encadré 3 ci-dessous), il affirmait que la volonté de l'Assurance Maladie était une fois de plus de « *permettre aux professionnels de santé de déroger* ». Et d'insister : « *Ce qui nous intéresse, c'est de modifier les règles*[2] ». Ainsi, l'utilisation discrétionnaire des NMR par les

[1] Entretien (non enregistré) avec un membre de la DSS.

[2] Allocation de Nicolas Revel lors de la séance d'ouverture des rencontres annuelles 2018 de la FFMPS (devenu AVEC Santé).

professionnels de certaines MSP de notre échantillon ne contrevient pas à la nouvelle relation contractuelle.

Encadré 3 : Article 51, « *Expérimenter et innover pour mieux soigner* »

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 introduit un dispositif ayant pour objectif de permettre aux professionnels de santé de proposer des projets « *innovants* » portant sur la coordination des parcours des patients, l'accès aux soins, la structuration des soins ambulatoires et la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaires, sociales ou médico-sociales.

Le dispositif prévoit de « *déroger* » aux règles de financement de droit commun (en l'occurrence le paiement à l'acte pour les professionnels de ville que nous considérons dans cette étude). Ainsi, comme l'ENMR précédemment, l'objectif de l'article 51 est de financer des projets de manière expérimentale, en complément des rémunérations déjà perçues par les professionnels qui portent le projet.

Les projets proposés par les professionnels sont examinés par un comité technique régional, rassemblant l'ARS et l'Assurance Maladie, qui envoie son avis à un comité technique national qui décide d'autoriser ou non le projet d'expérimentation et fixe le montant du financement accordé.

Nous proposons de nous arrêter sur le cas de la MSP 2, qui fournit un exemple parlant de cette utilisation discrétionnaire des NMR. Au moment de notre visite, les professionnels de cette structure souhaitaient développer trois initiatives que les modalités d'organisation et de financement du secteur ambulatoire ne permettaient pas :

- Des consultations gratuites de veille psychologique assurées par un psychologue pour prévenir la dépression chez les personnes âgées de 65 ans ou plus jugées à risque. En pratique, cela supposait que la psychologue, dont les soins ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, puisse être rémunérée pour le temps dédié à ces consultations.
- Des consultations gratuites et anonymes d'accès à la contraception pour les patientes mineures, assurées par un médecin généraliste (sans recours à la Carte Vitale qui est une condition du remboursement de la consultation en temps normal). Là aussi, l'enjeu était de pouvoir proposer ces consultations gratuitement aux patientes tout en rémunérant les médecins généralistes.
- Un protocole sur le repérage de la fragilité, visant à éviter les hospitalisations pour les patients identifiés à risque, en proposant un suivi renforcé pendant quatre semaines (au moment de notre visite, les professionnels évoquaient plusieurs actions susceptibles de prévenir les hospitalisations : consultations de médecine générale,

visites à domicile de médecins, d'infirmiers ou d'auxiliaires de vie pour repérer les risques liés à l'alimentation, l'hygiène ou l'état du logement, etc.).

Pour chacune de ces initiatives, le frein principal tenait aux modalités de rémunérations des professionnels : si les soins ne peuvent pas être remboursés par l'Assurance Maladie, comment proposer gratuitement ces consultations aux patients ? Comment dédommager le temps passé à un nouveau protocole qui ne correspond pas à la liste de la HAS ? Les professionnels de cette MSP ont fait le choix de puiser dans les NMR pour financer ces initiatives (quitte à abaisser le niveau de rémunération dédommageant le temps passé aux activités de coordination ou aux missions de santé publique). Le médecin généraliste à l'origine du projet de la MSP 2 et très investi dans ces différentes initiatives, témoigne :

> Interviewé : ***« Bon, on joue le jeu, hein, on rentre dans les cases de la CPAM et on touche les rémunérations. Mais après, on fait ce qu'on veut.*** *Non mais en plus, on y rentre réellement ! Je veux dire que ce qu'ils demandent, on le fait. Mais pour moi, c'est pas le principal.* ***Ça nous donne les moyens de faire ce qu'on a vraiment envie de faire,*** *sur des sujets que la caisse* [d'Assurance Maladie] *n'a pas forcément repérés mais qui nous, nous semblent importants. »*
>
> Enquêtrice : *« Euh… par exemple ? »*
>
> Interviewé : *« Par exemple, on est en train de mettre en place une veille psychologique avec le psychologue. Mais* ***ça rentre pas dans leurs cases alors qu'il nous faut un financement pour lui payer ses interventions****. Pareil pour la contraception, on veut mettre en place un accès facile et anonyme à la contraception, donc sans passer la Carte Vitale. Mais on a besoin de financements pour se payer.* ***Donc faut qu'on dégage des sous pour faire des actions comme ça, qui nous paraissent primordiales. »*** (Médecin généraliste, MSP 2)

En dépit du soutien affiché par l'Assurance Maladie à l'égard de l'expérimentation (comme évoqué plus haut), cet usage discrétionnaire des NMR par les professionnels de cette MSP a été accueilli de manière ambivalente par l'ARS. En entretien, deux représentants de l'agence regrettaient en effet de ne pas avoir été préalablement consultés concernant ces activités qu'ils considéraient comme des « *prestations dérogatoires* », tout en soulignant qu'ils trouvaient « *louable* » le choix des professionnels de flécher une partie des NMR au développement d'activités « *innovantes*[1] » plutôt que de rémunérer plus généreusement l'ensemble des professionnels pour le temps passé à la coordination.

[1] Entretien (non enregistré) avec deux représentants de cette ARS.

L'élément qui a le plus attiré notre attention est le soutien que l'ARS a finalement accordé à la troisième initiative relative au repérage de la fragilité. À l'occasion d'une restitution auprès des professionnels de la MSP 2 plusieurs mois après notre première visite, nous avons appris que l'ARS avait proposé aux professionnels de les accompagner pour développer ce protocole et le proposer comme expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 (cf. encadré 3 ci-dessus). L'ARS a organisé des réunions de travail avec les professionnels pour les aider dans l'écriture du protocole et mis à leur disposition un informaticien-statisticien pour faciliter le traitement des données hospitalières. Le médecin à l'origine de ce protocole faisait l'hypothèse que l'ARS avait vu dans cette initiative professionnelle l'occasion de faire reconnaître au niveau national une expérimentation qu'elle portait au niveau local. Sans préjuger des motivations de l'ARS dans ce cas d'espèce, nous ne pouvons que constater une convergence des intérêts professionnels et gestionnaires autour du développement de ce protocole. Précisons qu'au moment de notre dernier passage dans cette structure, les autres initiatives évoquées par les professionnels n'avaient pas (encore ?) été mises en place.

Pour résumer, à travers l'utilisation discrétionnaire des NMR, les professionnels des MSP font de la contractualisation une nouvelle ressource pour faire évoluer leur exercice dans un sens qui leur convient. La contrainte associée aux nouvelles procédures de rationalisation – que les professionnels parviennent en grande partie à neutraliser, comme nous l'avons vu précédemment – est alors considérée comme une contrepartie acceptable à cette nouvelle marge de liberté. Plusieurs travaux ont d'ailleurs déjà montré que les professionnels de santé pouvaient trouver dans certaines réformes managériales le moyen d'améliorer la qualité de leurs pratiques (Castel et Merle, 2002 ; Weisz et al., 2007) ou faire évoluer leurs conditions de travail (Briscoe, 2007 ; Chreim, Williams et Hinings, 2007).

3) Une appropriation qui suppose de nouvelles activités organisationnelles

Qu'elle passe par la formalisation des pratiques existantes, la réinterprétation des procédures ou l'utilisation discrétionnaire des NMR, cette appropriation des procédures de rationalisation implique toutefois un travail supplémentaire pour les professionnels de santé des

MSP, qui s'ajoute à leurs activités de soins et qui est indispensable à la contractualisation avec les autorités sanitaires. Il s'agit d'activités parfois nouvelles pour des professionnels libéraux, qui sont aussi bien administratives et gestionnaires (organisation des réunions, mise en forme de documents comme le projet de santé, les protocoles ou le rapport d'activité, gestion du personnel de secrétariat et de ménage, relation avec le prestataire informatique, achat de matériel et de fournitures...) que stratégiques ou politiques (relations contractuelles avec l'ARS et la CPAM, relations avec les collectivités territoriales dans le cas où elles sont propriétaires des locaux[1], représentation de la MSP dans les espaces institutionnels tels que la FFMPS ou médiatiques...). Ces différentes activités sont reconnues dans l'ACI, à travers la « *fonction de coordination* » prévue à l'article 3.2, qui fait elle aussi partie des critères obligatoires.

Nous proposons de qualifier ces activités d'« *organisationnelles* », car elles se distinguent des activités de soins des professionnels et découlent directement du nouveau contexte organisationnel de l'exercice en MSP, regroupé, pluriprofessionnel et contractuel. C'est d'ailleurs ainsi que les considèrent les professionnels eux-mêmes, à l'image du médecin généraliste cité ci-dessous qui parle d'« *éléments d'organisation* » pour désigner le projet de santé, les dossiers patients, les listes d'émargement et comptes rendus de réunions, etc. Ce professionnel souligne par ailleurs que ces éléments permettent précisément le « *contrôle* » de l'activité de la MSP, ce qui renvoie à la question de la redevabilité des professionnels vis-à-vis des autorités sanitaires que nous avons considérée dans la première partie du chapitre :

> Interviewé : *« Oui alors en fait, on s'est aperçu qu'on n'avait pas grand-chose à faire de plus, que ce qui était marqué, hein. On a… Je crois qu'on a dû réécrire une version 2* [du projet de santé de la MSP]*, au moment du Règlement Arbitral, à la demande de l'ARS. Mais grosso modo, on n'a pas rajouté… On a plutôt précisé les modes de fonctionnement. Bon après, par exemple, c'est clair que* ***les fameuses listes d'émargement*** [pour justifier des réunions de concertation], ***on ne les faisait pas. Mais le fait qu'ils nous les imposent, bah on a mis en place des listes d'émargement. Voilà, on est dans le petit détail. »***
>
> Enquêtrice : *« Vous pouvez me donner d'autres petits détails comme ça ? »*
>
> Interviewé : *« Euh,* ***avant, on faisait pas systématiquement de compte rendu de réunion*** par exemple. ***Maintenant on a un secrétaire de réunion qui en fait un****. C'était J. hier, elle a noté plein de trucs. Euh, qu'est-ce qu'on fait, euh… On faisait pas forcément la liste de l'ensemble des dossiers patients qu'on avait vus ensemble.* ***Maintenant on fait la liste****.* ***Tout ça, c'est archivé dans le logiciel, de façon à ce que ça soit présentable, si jamais l'ARS nous demande un contrôle****.* ***Voilà ce qu'on a rajouté dans notre pratique, je dirais. C'est-à-dire en fait des éléments d'organisation et de contrôle.*** *»* (Médecin généraliste, MSP 6)

[1] Cela est le cas de toutes les MSP de notre échantillon exceptée la MSP 2, où quelques professionnels sont copropriétaires du bâtiment et louent les cabinets à leurs autres collègues.

Seuls certains professionnels dans chaque MSP sont investis dans ces activités organisationnelles, parfois secondés par un coordinateur externe. Nous reviendrons dans le chapitre 4 sur les raisons de leur investissement, notre objectif étant plutôt à ce stade de comprendre le lien entre ces nouvelles activités organisationnelles et le processus d'appropriation des procédures de rationalisation de l'ACI. Le concept de « *travail d'organisation* » emprunté à Gilbert de Terssac (de Terssac, 2011), nous semble opérant pour ce faire. Pour l'auteur, le travail dans les organisations ne se résume pas à produire des biens et des services mais aussi à organiser l'activité des membres de l'organisation, par la production de règles. Il propose une conception dynamique des règles, qui ne sont pas prescrites selon lui, mais « *autonomes* » car produites par les acteurs eux-mêmes dans le but de résoudre collectivement un problème, et « *pratiques* » car permettant l'action des membres de l'organisation. Cette conception des règles et du travail dans les organisations est éclairante pour comprendre l'importance des nouvelles activités organisationnelles dans le processus de rationalisation que nous observons. En effet, nous avons montré dans cette deuxième partie que le travail des professionnels de santé des MSP ne se limitait pas à la production de services – en l'occurrence de santé – mais consistait également à organiser leur exercice au quotidien en MSP, c'est à dire à mettre en place les différents « *éléments d'organisation* » qu'évoquait le médecin précédemment cité : mettre en forme des documents, organiser des réunions, écrire le rapport d'activité, gérer le personnel, etc. Or c'est précisément à travers ces activités organisationnelles, ou ce « *travail d'organisation* », que les professionnels des MSP parviennent à s'arranger avec les procédures de rationalisation et à les adapter à leurs besoins. La question est dès lors de savoir pourquoi les autorités sanitaires acceptent ces arrangements de la part des professionnels.

C - Contractualiser avec des professionnels libéraux pour déployer les MSP sur le territoire : des autorités sanitaires qui ont intérêt à tolérer les arrangements avec les procédures de rationalisation

Cette tolérance des ARS et des CPAM face aux arrangements des professionnels des MSP avec leurs nouvelles obligations contractuelles, dont certains sont clairement assumé dans les rapports d'activités de chaque structure, peut en effet susciter l'étonnement. Comment expliquer qu'elles acceptent cette mise en œuvre à géométrie variable des procédures : l'assiduité aléatoire aux réunions de concertation, l'utilisation du logiciel par une partie des professionnels seulement, les déclinaisons d'un même protocole ? Dans cette dernière partie, nous allons d'abord montrer que ces arrangements avec les procédures de rationalisation est possible non seulement car les autorités sanitaires ont une capacité limitée à vérifier que les éléments formalisés dans les rapports d'activité renvoient à la réalité des pratiques, mais aussi car elles font preuve de tolérance quand elles constatent un écart vis-à-vis des obligations contractuelles, parce qu'elles dépendent de l'adhésion des professionnels aux MSP (1). Si cette dépendance des autorités sanitaires permet aux professionnels de tourner la relation contractuelle et les procédures de rationalisation à leur avantage, nous verrons qu'il leur est difficile de sortir de la nouvelle logique contractuelle et de redevabilité vis-à-vis des autorités sanitaires une fois qu'ils ont signé l'ACI (2).

1) Arrangements des professionnels avec les procédures de rationalisation : angle mort ou volonté de ne pas voir des autorités sanitaires ?

L'article 6 de l'ACI prévoit les « *modalités de vérification du respect des engagements* » par les autorités sanitaires. Mais quelle forme prend cette vérification et quelles en sont les implications pour les professionnels ?

Des autorités sanitaires qui ne voient pas ce qu'il se passe dans les MSP

Le texte de l'ACI prévoit que le contrôle des obligations contractuelles s'effectue par la transmission à la CPAM par les professionnels de l'ensemble des justificatifs listés dans l'ACI (voir première partie) et que la CPAM « *procède, en tant que de besoin, et conformément à la*

règlementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une rémunération » (article 6 de l'ACI). Quant à l'ARS, elle est tenue de s'assurer de la réalisation des missions de santé publique prévue à l'annexe 2 de l'ACI ainsi que de la cohérence entre le projet de santé transmis initialement par les professionnels et les actions finalement mises en œuvre dans la MSP.

En pratique, nos enquêtés précisent que ce contrôle se limite à l'envoi d'un rapport d'activité annuel, à une visite annuelle de l'ARS et de la CPAM dans la structure, ainsi qu'à quelques échanges par email ou téléphone. Les professionnels regrettent d'ailleurs le plus souvent cet éloignement des autorités sanitaires, qui ont d'après eux des difficultés à comprendre ce qui se passe concrètement sur le terrain. C'est notamment l'objet du mécontentement de ce médecin généraliste de la MSP 6, que nous avons observé chez plusieurs professionnels :

> *« **Je pense que là-bas, dans leurs bureaux, ils ne se rendent pas compte de ce qu'on fait.** Ils ne comprennent pas les sentiments qui peuvent être les nôtres et notre difficulté à tout faire. L'ARS met l'argent sur la table[1] en nous demandant d'arriver à tel ou tel objectif mais **elle ne se rend pas compte ensuite des difficultés que ça représente en pratique. Et qu'on n'arrive pas forcément à tout mettre en place.** Aussi parce que c'est des choses qui prennent du temps. C'est comme le logiciel, ça fait un an qu'on l'a, mais les paramédicaux commencent à peine à se l'approprier. C'est vrai qu'il n'était pas adapté hein… Mais en tout cas, on commence à peine à échanger de l'information sur le logiciel. **Mais ça, on a l'impression que l'ARS ne le comprend pas.*** » (Médecin généraliste, MSP 6)

Les professionnels de la MSP 5 ont rencontré des difficultés similaires avec la mise en place du système d'information partagé : plus d'un an après la signature du Règlement Arbitral, fin 2015, les professionnels avaient abandonné le logiciel pluriprofessionnel qu'ils avaient choisi au départ, car certains rencontraient des difficultés à changer de logiciel (nous détaillerons cette situation dans le chapitre 5). Un médecin de cette MSP a alors préféré solliciter lui-même l'ARS et la CPAM pour leur expliquer leur difficulté avant qu'elles ne la constatent par elles-mêmes, car il craignait que la CPAM n'exige le remboursement des NMR déjà perçus à cause du non-respect de ce critère obligatoire de l'ACI. Ne tenant pas rigueur aux

[1] Il s'agit d'une approximation de ce professionnel de santé car depuis la signature du Règlement Arbitral et ensuite de l'ACI, c'est l'Assurance Maladie (par l'intermédiaire des CPAM) qui verse les NMR aux professionnels. Cette MSP ayant participé à l'ENMR (pendant laquelle les ARS étaient responsables de l'attribution des rémunérations), il est probable que le professionnel confonde les rôles de l'ARS et de la CPAM.

professionnels pour ce manquement à leurs obligations contractuelles, la CPAM et l'ARS ont proposé de les aider à changer de logiciel. Un chargé de mission de l'ARS relate les faits :

> *« C'est vrai qu'y'a eu des inquiétudes pour T-ville. Mais en fait* ***on s'est débrouillés****. Je pense que* ***c'est presque un mythe, la CPAM qui récupère des indus****. Je ne pas si des professionnels ont déjà eu à rendre des sommes. Parce qu'en plus, là, à T-ville, c'était pas de leur faute. Ils ont essayé de le mettre en place le système d'info. Et c'est eux qui nous ont appelés pour nous dire qu'ils avaient des difficultés. Donc la CPAM a compris et depuis nous on les aide à trouver une solution. »* (Chargé de mission de l'ARS en lien avec la MSP 5)

Ce chargé de mission a par ailleurs reconnu au cours de l'entretien que l'agence avait des difficultés à « *suivre de près*[1] » chacune des MSP du territoire, du fait d'un manque d'effectif et du nombre croissant de MSP. Ces éléments montrent que les pratiques concrètes des professionnels restent en partie invisibles pour les autorités sanitaires, qui s'appuient essentiellement sur les éléments formels et déclaratifs du rapport d'activité pour juger du respect des procédures de l'ACI. Ainsi, par exemple, la facture pour l'installation du système d'information (pièce justificative apparaissant systématiquement dans les rapports d'activité) ne permet-elle pas de savoir si les professionnels utilisent un logiciel pluriprofessionnel en pratique. Les écarts avec les obligations contractuelles, qui ne relèvent pas nécessairement d'une résistance de la part des professionnels mais de difficultés pratiques à mettre en œuvre les nouveaux outils et procédures, ne sont donc pas toujours connus des autorités sanitaires co-contractantes.

Des autorités sanitaires qui tolèrent les écarts avec les obligations contractuelles

Mais notre étude montre que, même quand les autorités sanitaires ont eu connaissance de pratiques qui n'étaient pas conformes aux prescriptions de l'ACI, elles n'ont pas remis en question la contractualisation, une fois l'ACI signé, ni le versement des NMR. Nous venons de le voir avec la MSP 5 qui n'avait pas réussi à mettre en place de système d'information partagé. Non seulement les ARS et les CPAM se montrent tolérantes face à ces arrangements des professionnels (voire à leurs manquements), mais elles participent elles-mêmes au « *bricolage* » avec les procédures (Timmermans et Berg, 1997). C'est ce que reconnaissait un

[1] Entretien téléphonique non enregistré.

chargé de mission d'une CPAM :

> *« C'est vrai que quand un texte sort, c'est extrêmement théorique. Mais un texte, ça doit vivre. Et* ***dans l'application, c'est assez souple****. Par exemple, pour les protocoles, si on lit le texte, on se dit « Waouh ! » Mais en fait, on n'a jamais refusé les protocoles qui nous ont été soumis. On arrive toujours à les raccrocher à une priorité nationale.* ***Y'a vraiment eu des tolérances à la caisse nationale*** [de l'Assurance maladie]. ***Parce qu'elle veut que ça marche.*** *»* (Chargé de mission d'une CPAM)

Ces éléments sont, selon nous, le signe de la dépendance des autorités sanitaires vis-à-vis des professionnels de santé : en l'absence de contrainte relative à l'installation des professionnels libéraux, elles ont besoin de leur adhésion volontaire à l'exercice en MSP et sont ainsi soucieuses de ne pas remettre en cause leur engagement à chaque écart avec les termes de la contractualisation. Nous soutenons que les autorités sanitaires tiennent finalement davantage au développement des MSP en nombre qu'à l'application stricte des procédures de l'ACI dans chacune d'elles. Les professionnels sont d'ailleurs conscients de cette marge de liberté que leur concèdent implicitement les autorités sanitaires et n'essaient pas de masquer la plupart de leurs arrangements avec les procédures. Nous citons pour illustration ce médecin de la MSP 6 qui explique avoir volontairement présenté, dans le projet de santé ainsi que dans le rapport d'activité, les actions que le groupe pluriprofessionnel souhaitait développer dans la MSP et estimait être en capacité de faire, sans chercher à écrire ce que l'ARS et la CPAM attendaient :

> *« Moi, ce que je pense, c'est que pour l'élaboration du projet de santé, je crois que les professionnels sont les plus à même de savoir ce qu'ils veulent faire en commun. Et* ***ce qu'ils peuvent faire concrètement****. Car les copiés-collés d'une structure à l'autre, moi, ça me fait doucement sourire. Je préfère qu'on se retrouve autour de la table et* ***qu'on écrive ce qu'on a envie de faire et ce qu'on peut faire, même si c'est loin d'être parfait.*** *Pour moi c'est du vécu.* (…) *Enfin pour moi,* **le projet de santé, il représente la réalité de ce qu'on fait.** *C'est vrai qu'on est… euh, qu'on pèche peut-être par un certain manque d'ambition sur des projets comme l'éducation thérapeutique par exemple. Mais c'est parce qu'on n'en a pas les moyens.* ***Et ça sert à rien de l'écrire dans le rapport d'activité si on le fait pas ! Donc on reste dans ce qu'on pense pouvoir faire.*** *Et moi justement,* ***je suis très content que la CPAM et l'ARS viennent nous voir***[1]***, parce que ça va nous permettre de discuter sur les projets, de leur mettre le doigt sur ce qu'on peut faire****. Parce qu'on est quand même des soignants, avec la nécessité de faire un certain nombre de consultations dans la journée. Et qu'on ne peut pas consacrer tout ce temps à l'élaboration de projets et aux procédures, voilà. »* (Médecin généraliste, MSP 6).

Nous verrons toutefois dans le chapitre 3 que les autorités sanitaires n'ont pas fait preuve

[1] Une visite de l'ARS et de la CPAM dans la MSP était prévue quelques semaines après cet entretien.

de la même tolérance dans le cas de la MSP 3, qui n'a pas pu signer le Règlement Arbitral en 2015 : la CPAM n'a en effet pas accepté l'un des protocoles proposé par les professionnels qui ne correspondait pas aux priorités régionales de l'ARS et dérogeait aux compétences reconnues à certains professionnels par le Code de la santé publique, et a demandé aux professionnels de rédiger deux autres protocoles avant de pouvoir contractualiser. Comment comprendre le manque de tolérance de la CPAM dans ce cas d'espèce ? Notre hypothèse est que si la contractualisation peut être remise en question en amont de la signature, une fois que les professionnels et les autorités sanitaires sont parvenus à s'entendre sur les termes du contrat, un retour en arrière est difficilement envisageable de part et d'autre.

2) Une contractualisation difficile à remettre en cause : l'« *effet cliquet* » de l'ACI

Parce qu'ils y trouvent leurs intérêts propres et que les autorités sanitaires se montrent tolérantes avec leurs arrangements, les professionnels libéraux des MSP acceptent donc leur nouvelle redevabilité vis-à-vis des autorités sanitaires. Mais une question demeure concernant leur liberté de remettre en cause la contractualisation avec les autorités sanitaires une fois celle-ci actée. Pour y répondre, il convient de distinguer deux niveaux, celui du professionnel de santé et celui de la MSP. En effet, nous savons que quelques professionnels ont fait le choix de quitter les MSP (ces cas sont largement minoritaires dans notre échantillon : 6 professionnels dont nous ayons eu connaissance) et certains nous ont dit avoir déjà considéré cette idée sans pour autant la mettre à exécution. Nous avons identifié deux raisons à ces départs, qu'ils soient effectifs ou simplement évoqués : les procédures que certains professionnels jugent comme une contrepartie trop lourde en comparaison des bénéfices de la contractualisation ; et des tensions entre professionnels (que nous considèrerons dans le chapitre 5). Au niveau organisationnel, en revanche, aucune des cinq structures signataires de l'ACI n'a remis en cause la contractualisation et nous avons même appris que la MSP 3 avait relancé le processus de contractualisation à l'issue de notre enquête et finalement signé l'ACI fin 2019.

Nous soutenons que si des professionnels peuvent se désolidariser individuellement de la MSP, ils ne remettent pas en question pour autant la contractualisation au niveau de l'organisation car le coût d'un retour en arrière serait trop élevé. D'une part, bien que les NMR soient venus dédommager certaines activités que les professionnels estimaient déjà faire, ces

rémunérations leur paraissent aujourd'hui une contrepartie juste pour leur investissement : certains professionnels vivraient l'arrêt ou la diminution des NMR non seulement comme un manque à gagner mais aussi comme un manque de reconnaissance de la part des autorités sanitaires (comme l'évoquait un médecin généraliste cité dans la première partie du chapitre). D'autre part, les NMR ont engagé les professionnels à mettre en place certains éléments (comme l'embauche d'un personnel extérieur pour la coordination) dont la pérennité ne peut être assurée que grâce aux NMR précisément : s'ils sortent de l'ACI et ne touchent plus ces rémunérations, ils ne peuvent plus rémunérer cette personne. Ils dépendent donc des NMR pour pérenniser les activités qu'ils ont lancées ainsi que le fonctionnement sur lequel ils se sont engagés auprès des autorités publiques. François-Xavier Schweyer a observé ce même mécanisme d'« *effet cliquet* » dans son analyse des réseaux de santé, avec des professionnels soucieux de conserver leur autonomie mais qui ne remettent pas en cause pour autant leurs engagements vis-à-vis des autorités sanitaires car ils « *ne* [veulent] *pas revenir sur certains acquis y compris financier* » et veulent assurer la « *pérennité* » de leur nouvelle organisation (Schweyer, 2010, p. 296).

Mais, plus qu'un non-retour en arrière, les professionnels des MSP évoquent une marche forcée vers une relation contractuelle qui obère toujours un peu plus leur liberté, une action en entraînant une autre plus engageante encore vis-à-vis des autorités sanitaires. Les professionnels peuvent d'ailleurs être en désaccord sur la stratégie à adopter face à cet engagement toujours plus poussé, comme c'est le cas de la MSP 6. Le médecin généraliste à l'initiative de ce projet de MSP estime que le coût de chaque action supplémentaire, marginal par rapport aux efforts déjà consentis, est nécessaire pour garantir la pérennisation des NMR mais aussi pour ne pas « *se marginaliser* » par rapport aux autres MSP qui acceptent ces conditions contractuelles. Mais l'un de ses confrères réinterroge de son côté l'engagement de la MSP à chaque nouvelle demande des autorités sanitaires qu'il estime trop contraignante. Nous retranscrivons ci-dessous deux extraits d'entretiens avec ces médecins :

> Interviewé : *« Quand on nous a proposé de rentrer dans l'ENMR et d'être rémunérés pour la coordination, on s'est dit : « Pourquoi pas ? ». Surtout que les contraintes que nous imposait l'ARS, en matière de contrôle administratif, étaient pas très compliquées. Donc on a validé. Quand on est passés au Règlement Arbitral ensuite, on s'est demandé ce qu'on allait faire. C'était vraiment* ***une discussion entre J. et moi, qui était là, qui se posait vraiment la question de sortir ou pas****. »*
> Enquêtrice : *« Parce que… ? »*

<u>Interviewé</u> : *« Parce que* ***c'était plus de travail administratif, plus de critères à valider****, etc. J'ai essayé de temporiser, parce que je me disais que le Règlement Arbitral était de toute façon temporaire, que les partenaires avaient pas réussi à se mettre d'accord et qu'il y aurait quelque chose qui sortirait derrière*[1]. ***Et puis je voulais pas qu'on se marginalise. Parce que je pense qu'on a vite fait de se marginaliser, par rapport aux autres structures qui avancent et qui signent. Et donc moi, j'ai milité pour qu'on reste dedans****. Mais c'est pas simple là. Maintenant,* ***l'ACI nous impose des nouvelles choses, notamment ce temps de coordination*** [la fonction de coordination, qui est devenue obligatoire avec l'ACI]*, et voilà... Donc en fait,* ***c'est encore des nouveaux défis, et ces défis administratifs pèsent lourd pour des jeunes médecins, qui me disent : « Attends, ils commencent à nous les gonfler.*** *Le temps qu'on passe à ça, on devrait le passer avec les patients.* » (Médecin généraliste, porteur initial du projet, MSP 6)

*

<u>Interviewé</u> : *« Dans la chronologie des aides aux maisons de santé, au moment où on a créé la maison de santé,* ***c'était le tout début des aides. En gros, on nous donnait des aides et on nous disait : « Construisez ce que vous voulez »,*** *avec telle ou telle thématique. Et puis, au fur et à mesure que des maisons se sont créées à droite à gauche, bah, voilà,* ***on est passés des expérimentations à un Règlement Arbitral dix fois plus contraignant. Et moi je l'ai très mal vécu. Parce que j'étais pas pour le signer et que F. a poussé en disant qu'on n'avait pas tellement le choix.*** *Alors qu'au moment de l'ouverture, il nous avait certifié qu'intégrer une maison de santé, ça ne nous engageait qu'au projet médical qu'on signait au départ. Le projet qu'on signait au départ, c'était participer à la continuité des soins, à la permanence des soins et puis des actions de santé publique et je sais plus quoi. Enfin voilà, des choses qu'on voulait faire, quoi. Or le Règlement Arbitral nous imposait beaucoup plus. Et moi, j'en étais à un stade où la paperasse et les réunions supplémentaires, toujours sur mes jours de repos, ça commençait à faire trop.* ***Et puis y'a aussi la méthode. C'est à dire qu'on est sur une méthode où l'ARS nous donne le contrat et nous dit : « Vous avez 15 jours pour le signer ». Donc on est toujours dans des choses euh… on nous met un peu devant le fait accompli.*** *»*

<u>Enquêtrice</u> : *« Euh, c'est-à-dire ? »*

<u>Interviewé</u> : *« Bah c'est-à-dire que* ***quand vous êtes une maison de santé signée par l'ARS et la CPAM, vous n'avez pas tellement le choix. Vous faites ça vite fait, bien fait.*** *Comme si tout coulait de source. Le discours de F. c'était :* ***« De toute façon, y'a quand même plein de choses qu'on fait déjà, ce serait quand même dommage de ne pas toucher d'argent alors qu'on fait plus de la moitié de ce qu'ils demandent ». Peut-être, mais fallait faire encore un peu plus et pour moi, c'est un projet trop chronophage.*** *»*

<u>Enquêtrice</u> : *« Et le fait que ce temps soit rémunéré justement, ça compense selon vous l'investissement ? »*

<u>Interviewé</u> : *« Bah au départ, quand on a touché ces subventions je me suis dit que c'était bien que ce temps soit rémunéré. Sauf qu'au fur et à mesure, les coûts ont augmenté, pour payer tout le monde aux réunions avec toujours plus d'intervenants, pour payer le logiciel pluriprofessionnel, pour les coûts d'entretien... donc l'argent est plus dispersé et on en touche moins pour le même temps. Donc en fait,* ***l'ACI, ça fait qu'aujourd'hui, si on voulait stopper ces contrats et ne plus toucher cet argent, et bah on s'est mis sur le dos des frais qu'on n'avait pas avant et qu'on est obligés de payer.*** *»* (Autre médecin généraliste, MSP 6)

[1] Rappelons en effet que le Règlement Arbitral a été signé en 2015 à défaut d'accord conventionnel entre l'Assurance Maladie et les organisations professionnelles, accord qui a finalement été trouvé en mars 2017, ce qui a permis l'adoption de l'ACI.

Le croisement de ces deux entretiens montre non seulement que les professionnels ne se sentent pas libres de remettre en question une contractualisation dont les conditions initiales ont évolué dans un sens qui ne convient pas à tous, mais qu'ils deviennent dépendants des aides financières perçues pour poursuivre les actions qu'ils ont lancées et pour lesquelles ils sont aujourd'hui redevables vis-à-vis des autorités sanitaires. En plus de cette difficulté matérielle et notamment financière à sortir de la relation contractuelle, un autre médecin de cette même MSP soulignait une forme de pression morale à ne pas remettre la contractualisation en question, alors que d'autres professionnels ne pouvaient prétendre aux mêmes conditions d'exercice :

> *« Et puis le problème aussi, c'est que* ***quand on est en maison de santé, on a l'impression d'être des privilégiés.*** *On est vus un peu comme ceux qui ont de la chance, parce que ça fonctionne bien,* ***parce qu'on a bénéficié des subventions, alors que d'autres galèrent pour obtenir la certification de l'ARS****. Et je suis pas sûr que vues de l'extérieur, ces contraintes soient perçues comme valables. »* (Médecin généraliste, MSP 6)

Conclusion du chapitre : Des professionnels libéraux qui façonnent l'instrument MSP au cours de sa mise en œuvre

Dans ce chapitre, nous avons montré que les professionnels libéraux des MSP trouvaient non seulement leur intérêt à contractualiser avec l'ARS et la CPAM mais parvenaient à s'arranger avec les procédures de rationalisation susceptibles de les contraindre, et ce à travers trois mécanismes : la formalisation des pratiques existantes, la réinterprétation des outils et procédures de rationalisation et l'utilisation discrétionnaire des nouvelles rémunérations. Si le premier mécanisme rappelle le processus de « *découplage* » décrit par Charlotta Levay et Caroline Waks (Levay et Waks, 2009) ou celui, très proche, d'« *adaptation stratégique* » de Dino Numerato, Domenico Salvatore et Giovanni Fattore (Numerato, Salvatore et Fattore, 2012), alors que le deuxième s'apparente à une forme de « *découplage inversé* » (Levay et Waks, 2009) ou de « *co-optation* » (Numerato, Salvatore et Fattore, 2012) à travers laquelle les professionnels utilisent les procédures pour protéger ou conforter certaines de leurs pratiques, le troisième mécanisme que nous avons identifié en MSP renvoie à une situation que n'ont pas permis d'identifier ces travaux de synthèse et qui est cependant caractéristique du processus de rationalisation que nous observons : les professionnels des MSP ne se limitent pas à chercher à neutraliser les effets des procédures de rationalisation, mais également à profiter de la contractualisation et des NMR pour faire évoluer eux-mêmes leurs pratiques. En résumé, les

professionnels libéraux des MSP ont une marge de liberté pour choisir les outils et les procédures qui leur paraissent utiles dans leur exercice quotidien, contourner ou s'arranger avec ceux qu'ils estiment inadaptés ou superflus, et développer de manière discrétionnaire d'autres activités qui touchent aussi bien à l'organisation qu'au contenu de l'offre de soins. Dès lors, ils ne sont pas seulement la cible et les opérateurs de l'instrument MSP, mais ses co-constructeurs puisqu'ils contribuent à le façonner au cours de sa mise en œuvre. En face, les autorités sanitaires n'ont pas d'autre choix que d'accepter cette intervention des professionnels dans la définition de l'instrument MSP, si elles veulent garantir leur adhésion à ce nouveau modèle d'exercice, quitte à tenter ensuite de réintégrer certaines de leurs pratiques innovantes dans le cadre commun de la contractualisation (comme l'illustre l'exemple du protocole relatif au repérage de la fragilité développé par les professionnels de la MSP 2). La question qui se pose, dès lors, et que Renaud Berrivin et Christine Musselin ont déjà soulevée dans les secteurs de l'équipement et de l'enseignement universitaire (Berrivin et Musselin, 1996 ; Musselin, 2001), est celle de la « *différenciation* » qui accompagne ce mode de gouvernement par contrat : en tolérant les arrangements des professionnels de santé avec les termes du contrat, les autorités sanitaires acceptent du même coup une diversité de déclinaisons locales des procédures de rationalisations et, *in fine*, de l'instrument MSP. Ces déclinaisons locales seront au cœur du chapitre 3.

Chapitre 3 – Différentes expériences du processus de rationalisation : trois profils-types de MSP

“*One size never fits all, context matters, and when we face an extremely complex condition, we are better off if we try to understand the particular issues than if we propose some form of generic metatheory.*”
Peter et Linda deLeon, 2002[1]

« *Le contexte est plus fort que le concept.* »
MC Solaar, 2001

Lors de la première phase de notre enquête, pendant laquelle nous avons visité trois premières structures (MSP 1, 2 et 3), nous avons été surpris par nos observations très contrastées entre les MSP 2 et 3. Alors que ces structures partageaient certaines caractéristiques communes (elles étaient localisées dans la même région et donc en relation avec la même ARS, et elles avaient été accompagnées par le même cabinet d’étude dans l’élaboration de leurs projets de santé et les démarches de contractualisation avec l’ARS et la CPAM), elles avaient des expériences très différentes de la contractualisation et du processus de rationalisation : au moment de notre enquête, la MSP 2 était considérée par l’ARS comme une structure « *modèle* », alors que la MSP 3 connaissait beaucoup de « *difficultés* » aux dires de l’ARS et de la CPAM, des consultants et des professionnels de santé eux-mêmes. La première avait participé à l’ENMR (expérimentation des NMR) puis signé le Règlement Arbitral et l’ACI sans encombre et avait réussi à développer des initiatives jugées « *innovantes* » par les autorités sanitaires elles-mêmes (évoquées dans le chapitre 2), tandis que la seconde avait proposé des protocoles refusés par la CPAM et n’avait finalement pas réussi à signer le contrat[2]. Quant à la MSP 1, étudiée lors de cette même première phase d’enquête, elle avait signé le Règlement Arbitral puis l’ACI sans difficultés notoires, mais toutes les procédures de rationalisation n’étaient pas mises en œuvre pour autant au moment de notre visite : les professionnels

[1] (DeLeon et DeLeon, 2002)

[2] Précisons toutefois que la MSP a signé l’ACI fin 2019, après la fin de notre enquête, soit plus de deux ans après sa première tentative de contractualisation avec l’ARS et la CPAM.

n'avaient en effet pas encore élaboré de protocoles. Suite à ces constats, nous avons souhaité pousser l'analyse sur le sens et les implications de ces différentes expériences de la contractualisation et du processus de rationalisation, et c'est avec ce souci que nous avons entamé la deuxième phase de notre travail de terrain, dans les MSP 4, 5 et 6. Finalement, en comparant le processus de contractualisation avec les autorités sanitaires et la mise en œuvre des procédures de rationalisation dans les six MSP de notre échantillon, nous avons constaté que les réponses des professionnels au processus de rationalisation étaient différentes d'une structure à une autre : alors que deux MSP parvenaient à utiliser la contractualisation et les NMR comme une ressource pour développer des initiatives propres et non anticipées par l'ARS et la CPAM (MSP 2 et 6), trois autres structures se limitaient à essayer de mettre leurs pratiques en conformité avec les procédures de l'ACI sans d'ailleurs toujours y parvenir (MSP 1, 4 et 5), et une dernière structure avait abandonné le projet de contractualiser avec les autorités sanitaires (MSP 3). La mise en perspective de ces six cas d'étude révèle ainsi une diversité d'expériences du même processus de rationalisation et autant de déclinaisons locales du modèle MSP. Pourquoi des professionnels tous désireux au départ d'exercer en MSP ont-ils des expériences si différentes du processus de rationalisation ? Comment expliquer que certains professionnels aient des difficultés à contractualiser avec les autorités sanitaires et à mettre en œuvre les procédures de rationalisation, alors que d'autres arrivent à en tirer profit et sont portés en exemples ?

Une étude sociologique réalisée par Blandine Mesnel dans le secteur agricole a été particulièrement utile pour appréhender ces expériences différenciées de la rationalisation : l'auteure analyse les réponses des agriculteurs français à la réforme de la PAC (Politique Agricole Commune) et montre que seuls certains agriculteurs parviennent à tirer parti du travail administratif ou de la « *paperasse* » qui accompagne cette réforme (Mesnel, 2017). Non seulement certains d'entre eux ont moins de difficultés que les autres à supporter les coûts d'apprentissage (capacité à comprendre les nouvelles règles imposées par la réforme) et les coûts de mise en conformité (capacité à s'adapter à ces règles)[1], mais ils y voient le moyen de

[1] Dans ce travail, Blandine Mesnel s'appuie sur le concept de « *fardeau administratif* » (« *administrative burden* ») de Donald Moynihan, Pamela Herd et Hope Harvey (Moynihan, Herd et Harvey, 2015), qui qualifient ainsi le « *coût* » de l'enrôlement des citoyens américains dans le programme public de couverture maladie *Medicaid*, et identifient trois types de coûts : des coûts d'apprentissage (« *learning costs* »), les usagers devant comprendre comment fonctionne le programme, les conditions d'éligibilité ainsi que les démarches à remplir ; des coûts de mise en conformité (« *compliance costs* »), les usagers éligibles étant obligés de respecter certaines règles administratives pour bénéficier de cette aide

se différencier en s'illustrant comme de « *bons* » agriculteurs, voire comme des « *pionniers* » de la réforme agricole, « *capables de tirer parti de l'application des règles* » (Mesnel, 2017, p. 47). D'autres, en revanche, vivent le travail administratif qui accompagne cette réforme comme une remise en cause de leurs pratiques et de leur « *conscience professionnelle* » (Mesnel, 2017, p. 45). Comme les agriculteurs de Blandine Mesnel, les professionnels de santé des MSP se différencient au cours de leur expérience de la rationalisation : certains sont remis en cause dans leurs efforts pour atteindre les objectifs de la contractualisation, alors que d'autres apparaissent comme de « *bons* » professionnels qui cherchent à se conformer aux attentes de l'ARS et de la CPAM, tandis que d'autres encore s'affirment comme des professionnels « *modèles* » ou des « *pionniers* » des MSP qui parviennent à tirer parti du processus de rationalisation et à développer des initiatives qui intéressent les autorités sanitaires. Mais le cadre théorique proposé par Blandine Mesnel ne nous semble toutefois pas suffisant pour identifier les variables permettant d'expliquer ces réponses différenciées au processus de rationalisation : l'auteure donne en effet le primat aux trajectoires individuelles (aux éléments biographiques et notamment aux responsabilités syndicales des agriculteurs) et laisse de côté le contexte organisationnel (le type d'agriculture, la forme de l'organisation agricole, etc.). Or, dans notre cas d'espèce, si les trajectoires individuelles de certains professionnels de santé sont importantes à prendre en compte (notamment celles des médecins qui sont à l'origine des projets de MSP, qui feront plus précisément l'objet du chapitre 4), nos observations montrent que le contexte organisationnel de chaque MSP (notamment le processus de création et l'historique du projet, ainsi que le système de relations entre les professionnels et les autorités sanitaires locales) participe également à expliquer les trajectoires contrastées des structures que nous avons visitées.

Ce chapitre propose donc de penser l'articulation entre trajectoires individuelles et contexte organisationnel pour expliquer la déclinaison locale du processus de rationalisation que nous observons. Ce faisant, nous suivons la recommandation notamment formulée par Henri Bergeron et Patrick Castel, de considérer conjointement les dimensions institutionnelles, organisationnelles et individuelles du changement (Bergeron, 2018 ; Bergeron et Castel, 2014 ;

---

publique ; et des coûts psychologiques (« *psychological costs* »), ces usagers développant un sentiment d'intrusion de la puissance publique et de dépendance vis-à-vis de ses aides.

Castel, 2020). Ces deux sociologues appellent en effet à redécouvrir l'« *ordre mésologique* » (Bergeron et Castel, 2015), qui renvoie au contexte local où se joue l'action collective. Pour reprendre les termes de Patrick Castel, tenir compte du « *niveau local* », ou plus précisément des « *caractéristiques contingentes localement stabilisées* », est en effet « *essentiel pour comprendre le destin contrasté des réformes* » (Castel, 2020)[1]. Peu nombreux sont les travaux ayant expliqué la mise en œuvre différenciée des réformes en fonction des caractéristiques locales des organisations. Patrick Castel évoque toutefois l'étude de Katherine C. Kellogg relative à la réforme du temps de travail des internes en chirurgie, introduite en 2003 dans les hôpitaux américains (Kellogg, 2009). Celle-ci montre que la mise en œuvre différenciée de cette réforme d'un établissement à un autre dépend certes de la capacité de mobilisation de certains internes pour défendre la réforme, mais que cette capacité de mobilisation est déterminée par le contexte local et notamment le système de relations entre professionnels. Dans une analyse récente sur le déploiement de politiques de santé publique promouvant l'exercice physique (« *active living* ») dans plusieurs villes américaines, Lawrence Brown rappelle également le rôle déterminant que peuvent jouer les « *contingences inattendues* » ainsi que les caractéristiques des acteurs impliqués, et insiste sur l'importance des contextes locaux dans la mise en œuvre de ces politiques (Brown, To be published). C'est dans la lignée de ces travaux que nous nous inscrivons, en nous intéressant aux contraintes et ressources des professionnels de santé que nous observons en les resituant dans leur contexte organisationnel.

Notre argument sera présenté en deux temps. Dans la première partie du chapitre (A), nous montrerons que la capacité à s'arranger avec les procédures de rationalisation n'est pas la même d'une MSP à une autre, et identifierons trois profils types de MSP : la MSP « *résistante* » dans laquelle, pour le dire rapidement, les professionnels refusent de « *jouer le jeu*[2] » de la rationalisation et assument le choix de ne pas respecter certaines des procédures, quitte à compromettre la contractualisation avec l'ARS et la CPAM ; la MSP « *conforme* », dans laquelle les professionnels acceptent de se plier aux nouvelles règles de l'exercice en MSP pour obtenir le « *label* » MSP et les NMR, même si cela passe par une forme de « *bricolage* »

---

[1] Le numéro de page ne peut malheureusement être précisé car cette citation est tirée d'une version du manuscrit antérieure à la publication.

[2] Nous reprenons ici l'expression d'un médecin généraliste de la MSP 2, que nous avons également mise en exergue du chapitre 2. Elle traduit bien selon nous la plus ou moins grande volonté des professionnels de se plier aux nouvelles règles du jeu de l'exercice en MSP.

(Timmermans et Berg, 1997) avec les procédures ; et la MSP « *innovante* », dans laquelle non seulement les professionnels respectent leurs nouvelles obligations contractuelles mais parviennent à en tirer profit pour développer des initiatives non prévues par les autorités sanitaires. Dans la deuxième partie (B), nous identifierons les déterminants permettant d'expliquer cette expérience différenciée du processus de rationalisation et montrerons qu'il est nécessaire de prendre en compte conjointement le contexte organisationnel et les trajectoires individuelles de certains professionnels pour comprendre ces expériences contrastées localement.

A - Une capacité différente à s'arranger avec les procédures d'une MSP à une autre : MSP résistante, conformes et innovantes

Nous avons mis en évidence, dans le chapitre 2, trois mécanismes permettant aux professionnels de s'arranger avec les procédures de rationalisation qui s'imposent à eux du fait de la contractualisation avec l'ARS et la CPAM : la formalisation de pratiques existantes pour correspondre aux obligations contractuelles et les donner à voir aux autorités sanitaires, la réinterprétation des procédures de rationalisation pour les adapter aux situations locales, et l'utilisation discrétionnaire des NMR pour développer de nouvelles activités que n'avais pas anticipées les autorités sanitaires. Nous allons voir dans cette première partie que les six MSP de notre échantillon ont recours à ces différents mécanismes dans des configurations différentes, ce qui permet de distinguer trois profils de MSP, que nous considérons successivement (1, 2 et 3). Nous montrons ensuite (4) que la formalisation des pratiques existantes n'est pas suffisante pour contractualiser avec les autorités sanitaires et que les professionnels doivent accepter *a minima* de « *bricoler* » avec les procédures pour pouvoir les adapter à leurs situations locales.

1) Ne pas « *jouer le jeu* » de la contractualisation : la MSP *résistante*

Nous identifions d'abord un profil de MSP que nous proposons de qualifier de « *résistante* » et qui correspond en l'espèce à la MSP 3 : cette structure non seulement n'a pas accepté tous les termes de la contractualisation mais a assumé ouvertement ce choix devant les autorités sanitaires, ce qui a empêché la signature du contrat. Bien que cette MSP ne soit pas la

seule structure de notre échantillon à ne pas avoir mis en œuvre tous les outils et procédures de rationalisation obligatoires (nous revenons sur les cas des MSP 1 et 5 plus loin), c'est la seule où les professionnels ont abandonné le projet de contractualiser avec les autorités sanitaires plutôt que de « *bricoler* » (Timmermans et Berg, 1997) avec les procédures. Précisons toutefois que ce refus a été provisoire, cette MSP ayant en effet signé l'ACI fin 2019, après notre enquête, plus de deux ans après sa première tentative.

Dans un premier temps, les professionnels de cette structure ont bien formalisé un projet de santé, validé par l'ARS, qui prévoyait la mise en place des différentes procédures du Règlement Arbitral[1] : horaires, continuité des soins, accès à des soins non programmés, protocoles, réunions pluriprofessionnelles, système d'information… Dix-huit mois, de nombreuses réunions de travail et un accompagnement par un cabinet d'étude financé sur des fonds de l'ARS[2] ont été nécessaires pour réaliser ce travail de formalisation. Malgré la validation du projet par l'ARS, la CPAM refusera par la suite de signer le Règlement Arbitral. Un chargé de mission de la CPAM nous en a expliqué les raisons : d'une part, les professionnels n'avaient proposé que quatre protocoles dans leur projet de santé alors que la CPAM en attendait davantage (précisons que le contrat n'impose pourtant aucun nombre minimum de protocoles) et l'un des protocoles proposés, relatif à la périnatalité et à la santé des enfants[3], ne correspondait pas aux thématiques identifiées par la HAS et n'avait pas non plus fait l'objet d'une validation spécifique de l'ARS[4] ; d'autre part, les professionnels n'avaient pas constitué de SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires), qui est l'une des conditions

[1] Au moment où cette MSP a essayé pour la première fois de contractualiser avec les autorités sanitaires, en 2015, il s'agissait du Règlement Arbitral (l'ACI n'étant en vigueur que depuis 2017).

[2] Le FIR (Fonds d'Intervention Régional) peut notamment servir à financer l'accompagnement d'un prestataire (les cabinets de conseil ou d'études que nous avons évoqués) pour l'élaboration du diagnostic territorial de santé et du projet de santé, préalables à l'ouverture de la MSP.

[3] Ce protocole prévoyait le suivi des nourrissons en bonne santé par des infirmiers formés à la puériculture, et avait pour objectif de diminuer le recours aux médecins généralistes, surchargés par les consultations.

[4] Rappelons que les professionnels peuvent proposer des protocoles qui ne relèvent pas des sept thématiques identifiées au niveau national par la HAS, mais que ceux-ci doivent alors faire l'objet d'une validation de la part de la ARS, avec transmission à la HAS – ce qui n'a pas été le cas en l'occurrence avec ce protocole proposé par la MSP 3.

d'éligibilité aux NMR[1]. La CPAM proposera finalement aux professionnels de reculer le moment de la signature pour leur laisser le temps de constituer la SISA et de formuler de nouveaux protocoles, leur suggérant notamment de mettre en place un protocole relatif à la prise en charge de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et un autre relatif à la prévention de l'obésité chez l'adolescent. Mais les professionnels refuseront le travail supplémentaire exigé par la CPAM et préféreront abandonner l'idée de contractualiser, et ce pour deux raisons. Premièrement, ils ont estimé que les autorités sanitaires n'avaient pas entendu leurs besoins : les médecins généralistes ont en effet souligné en entretien que le protocole relatif à la périnatalité était l'une des actions qui leur tenaient particulièrement à cœur, du fait de l'absence de pédiatres sur le territoire, alors que la BPCO et l'obésité ne leur semblaient pas être des sujets prioritaires au regard des besoins de santé de la population. Deuxièmement, les professionnels ont estimé ne pas avoir été reconnus pour leur investissement dans le projet ni soutenus pour le mener jusqu'à la signature. D'une part, l'élaboration du projet de santé et des premiers protocoles a en effet demandé plusieurs mois de travail, de nombreuses réunions, ainsi qu'un accompagnement par un consultant. Le fait que cet investissement, en argent mais également en temps (alors même que les professionnels témoignent tous manquer de temps pour répondre à la demande de soins de la population), ait été insuffisant pour répondre aux attentes de la CPAM a été interprété comme un manque de reconnaissance des efforts fournis. D'autre part, les professionnels ont estimé avoir été « *lâchés* » par l'ARS, qui avait initialement validé leur projet de santé et les protocoles qu'il contenait. Ils ont en effet interprété comme un désaveu le fait que l'agence n'ait pas fait le déplacement pour la signature du Règlement Arbitral avec la CPAM (les professionnels avaient expressément invité le chargé de mission qui avait suivi leur projet à l'ARS et espéraient que celui-ci témoignerait de la pertinence de leur projet de santé devant la CPAM). Découragés, les professionnels ont finalement décidé de ne pas fournir le travail supplémentaire demandé par la CPAM, comme nous l'explique le médecin généraliste à l'initiative du projet :

> *« L'ARS nous a dit que notre projet de santé était très beau. Ils ont quand même un peu tiqué sur la puériculture* [protocole sur la périnatalité]. *Ils ont trouvé que c'était trop novateur. Alors que* ***c'était vraiment le truc qui nous tenait à cœur****. Parce que y'a plus de pédiatres, que ça nous prend du temps à nous, les médecins, alors que certaines*

[1] Le Règlement Arbitral (et plus tard l'ACI), prévoit cependant qu'une équipe pluriprofessionnelle puisse signer à titre dérogatoire l'accord sans avoir constitué de SISA, à condition que les professionnels s'engagent à constituer ces statuts dans les six mois suivant la signature du contrat.

consultations pourraient être largement faites par des infirmières puéricultrices[1]. *Mais au final, c'est passé, l'ARS a validé le projet. Ensuite, la CPAM est venue pour nous faire signer le contrat. Quand la personne de la CPAM a vu notre projet, elle nous a dit :* ***« C'est bien, mais va falloir écrire d'autres protocoles. Sur la BPCO, par exemple, ou l'obésité de l'adolescent ».*** *Ohhhh ! J'ai cru que certains allaient se taper dessus ! Parce que* ***ça faisait 18 mois qu'on bossait dessus, c'était des protocoles qui nous tenaient à cœur, qui allaient nous faire gagner du temps. Et fallait faire autre chose pour remplir leurs cases ?!*** [Silence] *Et puis, quelques mois après, ils sont revenus en nous disant que nos protocoles pouvaient peut-être rentrer, en adaptant un peu... Mais* ***mes collègues, là, ils étaient complètement braqués, c'était fini****. On aurait peut-être pu rédiger un cinquième protocole… mais je ne pouvais rien faire. Et je les comprends.* » (Médecin généraliste, MSP 3)

Pour sa part, le consultant du cabinet A, qui a accompagné les professionnels de cette structure au moment de l'élaboration du projet de santé, considérait le blocage de la signature comme « *ridicule* », étant donné que les autres propositions du projet satisfaisaient aux exigences contractuelles, notamment les autres protocoles qui correspondaient aux priorités de santé de l'ARS. Il regrettait que la CPAM et les professionnels n'aient pas cherché, d'un côté comme de l'autre, à trouver un compromis :

*« Ce qu'il faudrait, c'est qu'ils rentrent dans le Règlement Arbitral et qu'****on arrête de les embêter. Parce qu'ils ont tout ce qu'il faut pour y aller****. C'est complètement* ***ridicule****.* ***Ça s'est bloqué pour l'histoire des protocoles, mais tous les aspects du Règlement Arbitral, ils les avaient****. On avait prévu plusieurs protocoles, les thèmes qu'ils avaient pris, c'était des grands thèmes classiques qui sortent tout le temps dans les maisons de santé : les anticoagulants, l'hypertension*[2]*...* ***Ils étaient en colère*** *et je leur ai dit : « Mais attendez, négociez, habituellement ça passe ». En plus dans le Règlement Arbitral c'est bien écrit qu'il faut prendre des protocoles validés par la HAS et* ***ils avaient pris les deux thèmes qui sont les mieux validés actuellement en médecine ambulatoire****. Alors, les autres, c'est vrai que c'était pas exactement dans la liste…* ***Mais on peut un peu la tourner, cette liste. Enfin, d'autres MSP le font... En plus, ça correspondait vraiment à ce qu'ils voulaient faire, à un manque sur le territoire****. Les professionnels en auraient fait un de plus de la liste de la HAS, ça suffisait,* ***on se serait arrangés****. Mais la* CPAM *n'a pas eu la présence d'esprit de leur dire qu'on pouvait s'arranger. C'était comme ça et pas autrement. Et eux, les professionnels, ils n'ont pas essayé de discuter, ils ont envoyé balader. C'est tellement dommage cette histoire ! »* (Consultant, cabinet A)

Nous considérons la réaction des professionnels de la MSP 3 comme un acte de résistance au processus de rationalisation. En refusant de bricoler avec les procédures (ou de « *tourner* »

[1] Professionnels ayant un diplôme d'infirmier et ayant suivi une formation de puériculture.

[2] Ce consultant fait référence aux protocoles AVK (anti-vitamine K) et HTA (hypertension artérielle), que nous avons déjà évoqués dans le chapitre 2 et qui font effectivement partie de la liste des protocoles validés par la HAS et que nous avons retrouvés dans les autres MSP de notre échantillon.

la liste des protocoles, pour reprendre la formule de ce consultant) et d'élaborer deux protocoles supplémentaires, les professionnels de cette MSP ont pris le risque de compromettre les négociations avec la CPAM, qui s'est dès lors montrée peu tolérante face à leurs difficultés à mettre en œuvre les procédures et à leur initiative de protocole sur la périnatalité. Nous allons voir que les autres MSP de notre échantillon ont, au contraire, accepté de transiger autour de certaines procédures qui ne leur semblaient pas toujours adaptées à leurs besoins, afin d'assurer la contractualisation avec l'ARS et la CPAM. La MSP 3 signera finalement l'ACI fin 2019, après la fin de notre enquête, soit après une période de blocage de plus de deux années pendant laquelle les professionnels comme la CPAM n'ont pas infléchi leurs positions respectives. Les informations que nous avons pu obtenir après la fin de l'enquête nous ont appris que les professionnels s'étaient constitués en SISA et avaient mis trois protocoles en place au moment de la signature de l'ACI (AVK, HTA et BPCO), répondant ainsi en partie du moins aux attentes de la CPAM. Concernant les raisons de ce déblocage (intervenu après la fin de notre enquête), nous ne pouvons que formuler une hypothèse : d'après les informations dont nous disposons, la FFMPS a pris contact avec le médecin porteur de ce projet et l'a soutenu dans ses démarches auprès de l'ARS et de la CPAM. Il est d'ailleurs possible que notre enquête ait participé à la mobilisation de la FFMPS, car nous avons nous-même rapporté au président de la fédération les difficultés rencontrées par ces professionnels et le blocage de la signature de l'ACI.

2) « *Jouer le jeu* » de la contractualisation pour percevoir les NMR : les MSP *conformes*

Un autre profil de MSP émerge dans notre échantillon, que nous qualifions de « *conformes* » avec le processus de rationalisation : il s'agit en l'espèce des MSP 1, 4 et 5. Les professionnels de ces structures affichent une bonne volonté face aux autorités sanitaires pour respecter les procédures prévues dans la contractualisation, autrement dit pour être « *dans les clous* » ou rentrer « *dans les cases*[1] » du contrat. Dans ces structures, les professionnels de santé ont non seulement accepté le travail nécessaire à la formalisation de leurs pratiques, comme la MSP 3, mais aussi celui de réinterprétation ou de bricolage avec les procédures qui ne correspondaient pas à leurs pratiques. Ils peuvent de ce fait justifier du respect des obligations

[1] Ces expressions sont revenues à plusieurs reprises au cours de nos entretiens.

de l'ACI, obtenir le « *label* » MSP ainsi que les NMR. Plus même, les professionnels de ces structures affichent en entretien leur volonté de développer toujours davantage d'activités parmi celles suggérées dans les critères non-obligatoires de l'ACI. Toutefois, l'analyse des rapports d'activité ainsi que les entretiens que nous avons menés avec les professionnels de ces structures nous ont permis de constater que deux MSP de cette catégorie ne respectaient que partiellement les obligations contractuelles, ce qui ne les empêchait toutefois pas de percevoir les NMR.

Ainsi, la MSP 1 n'avait pas encore mis en place de protocoles de soins pluriprofessionnels au moment de notre visite, soit plus d'un an après la signature du Règlement Arbitral fin 2015. Les professionnels de cette structure ont bien proposé deux protocoles dans leur projet de santé, mais un échange d'emails entre le médecin porteur de la MSP et un agent de l'ARS nous a appris que ces protocoles n'avaient pas été acceptés par l'agence, qui a demandé à la MSP d'en élaborer de nouveaux. Le non-respect de ce critère obligatoire n'a toutefois pas empêché la signature du contrat et l'obtention des NMR. Rencontré une seconde fois, ce médecin nous expliquait que l'équipe était en train d'élaborer de nouveaux protocoles, mais reconnaissait que ceux-ci étaient encore à un état de « *balbutiement*[1] ». À la question de savoir s'il s'inquiétait de ne pas pouvoir justifier de protocoles dans le rapport d'activité, ce médecin estimait que la mise en place de ces nouveaux outils demandait du temps et que l'ARS et la CPAM l'avaient selon lui compris. Un dernier contact avec le coordinateur externe de la MSP[2], début 2020, nous a appris que les professionnels avaient depuis mis en place deux protocoles figurant dans la liste de la HAS (le protocole AVK et un protocole relatif à la prévention du surpoids et de l'obésité).

Quant à la MSP 5, nous avons déjà évoqué qu'elle n'avait pas mis en place de système d'information partagé au moment de notre enquête, près de deux ans après la signature du Règlement Arbitral fin 2015. Cette situation inquiétait en revanche les deux professionnels coordinateurs de la structure[3] (contrairement au médecin de la MSP 1). Nous analyserons ultérieurement, dans le chapitre 5, les tensions entre les professionnels de cette MSP qui sont à l'origine de cette difficulté à choisir un logiciel commun. Rappelons seulement à ce stade que les professionnels de cette MSP ont eux-mêmes sollicité l'ARS et la CPAM pour leur expliquer

[1] Entretien (non enregistré) avec le médecin porteur de projet et la coordinatrice externe de la MSP.

[2] Dans cette structure, la fonction de coordination prévue dans l'ACI est assurée par un personnel extérieur, non professionnel de santé.

[3] Dans cette structure, la fonction de coordination est assurée par des professionnels de santé de la MSP.

leur difficulté à respecter ce critère obligatoire du contrat et que celui-ci n'a pour autant pas été remis en cause. L'ARS et la CPAM ont d'ailleurs proposé aux professionnels de les accompagner pour choisir un nouveau système d'information.

Quant à la MSP 4, l'étude du rapport d'activité ainsi que les entretiens avec les professionnels ne nous ont pas permis de constater de manquement au respect des obligations contractuelles : les professionnels pouvaient justifier dans leur rapport d'activité de la mise en place de tous les outils et procédures obligatoires. Les professionnels reconnaissaient toutefois ouvertement qu'ils avaient procédé à certaines adaptations : protocoles qui ne reprennent pas strictement les modèles fournis par la FFMPS mais que les professionnels sont parvenus à rattacher formellement à l'une des thématiques de la HAS, logiciel pluriprofessionnel qui n'est utilisé que par les médecins généralistes, etc. Remarquons, enfin, que la MSP 4 fait un usage des NMR différent des autres structures de sa catégorie : comme nous l'avons évoqué dans le chapitre 2, les NMR participent à financer dans cette structure l'achat de matériel médical ou l'organisation de déjeuners d'équipe (en plus de dédommager le temps passé en réunions, à l'élaboration des protocoles, à la mise en place du système d'information ou à la fonction de coordination).

Pour résumer, la MSP 3 n'est donc pas la seule de notre échantillon à ne pas respecter l'ensemble des obligations contractuelles, mais elle se distingue par le choix des professionnels de ne pas vouloir bricoler avec des procédures qui ne leur paraissent pas adaptées à leurs besoins localement. Les professionnels des MSP 1 et 5, qui ne respectent pas non plus certaines procédures, montrent quant à eux de la bonne volonté pour y réussir à terme : les professionnels de la MSP 1 ont accepté de proposer de nouveaux protocoles malgré le rejet de leurs propositions initiales, et les professionnels de la MSP 5 ont eux-mêmes alerté l'ARS et la CPAM de leur difficulté à mettre en place le système d'information. Ces différentes observations nous amènent finalement à un constat, au fondement de la distinction que nous faisons entre la MSP *résistante* et les MSP *conformes* : ce qui différencie ces deux profils de MSP n'est pas tant la capacité à respecter les obligations contractuelles, que la volonté des professionnels et des autorités sanitaires de négocier autour de celles-ci. D'un côté, les professionnels sont plus ou moins disposés à accepter les demandes des autorités sanitaires qui ne correspondent pas à leur propre appréciation de leurs besoins. Ceux des MSP 1, 4 et 5 y

concèdent car ils estiment avoir davantage à gagner qu'à perdre : les aides auxquelles ils peuvent accéder en contractualisant leur paraissent valoir le temps passé à corriger un retard ou un manquement au contrat. Cela permet par ailleurs aux professionnels de s'illustrer comme de « *bons* » professionnels qui acceptent de répondre conformément aux attentes des autorités sanitaires, à l'image des « *bons* » agriculteurs de Blandine Mesnel (Mesnel, 2017). Au contraire, les professionnels de la MSP 3 ont compris les exigences supplémentaires de la CPAM comme une absence de soutien et une remise en cause de leur travail et de leurs efforts pour contractualiser, et ont refusé de mettre en place des procédures qui ne leur semblaient pas pertinentes localement.

3) « *Jouer le jeu* » de la contractualisation pour percevoir les NMR et développer de nouvelles activités : les MSP *innovantes*

Enfin, aux côtés des MSP *résistantes* ou *conformes*, nous identifions un troisième profil de structures, que nous proposons de qualifier d'*innovantes*. Ce profil correspond, en l'espèce, aux MSP 2 et 6. Dans ces structures, le travail de formalisation de l'existant et d'adaptation des nouvelles procédures de rationalisation n'a non seulement pas posé de difficulté majeure mais est considéré par les professionnels comme un moyen pour atteindre d'autres objectifs.

Nous avons évoqué dans le chapitre 2 les initiatives menées par les professionnels de la MSP 2 grâce à une utilisation discrétionnaire des NMR, en matière de prévention de la dépression chez les personnes âgées, d'accès à la contraception chez les adolescents et de repérage de la fragilité pour éviter les hospitalisations. Pour rappeler les propos du médecin généraliste à l'origine de cette MSP et très impliqué dans ces différentes initiatives, les professionnels « *jouent le jeu* » de la contractualisation et rentrent « *dans les cases* » de l'ARS et de la CPAM pour pouvoir développer d'autres activités qui leur tiennent davantage à cœur. Pour ces professionnels, les NMR ne sont donc pas seulement un dédommagement pour le temps passé aux activités gestionnaires et de coordination, mais surtout une nouvelle ressource pour innover. Le psychologue de cette MSP, impliqué dans le projet de prévention de la dépression chez les personnes âgées, nous expliquait qu'il ne considérait pas le « *cadre* » imposé par la contractualisation comme une contrainte mais plutôt comme un moyen d'être « *libres* » pour « *créer* ». De plus, il considérait très novateur le fait de pouvoir être rémunéré pour ce type d'initiative, en tant que professionnel libéral :

Interviewé : « *Y'a beaucoup de mouvement dans la MSP, on fait beaucoup de choses. Et il faut mettre un cadre. C'est ce que fait le Règlement Arbitral. Car il faut formaliser les choses, pour que ce soit rassurant et sécurisant. Mais* ***ce cadre ne doit pas être rigide. Parce qu'à l'intérieur de ce cadre, on doit justement se sentir particulièrement libres****.* ***Libres d'être dans la créativité****, la productivité et… voilà.* »

Enquêtrice : « *Et donc ce cadre du Règlement Arbitral, avec les nouvelles rémunérations, il n'est pas rigide ou contraignant d'après toi*[1] *?* »

Interviewé : « *Non. Parce qu'****on en fait ce qu'on veut*** *après. C'est comme ça que je vois les choses. Je pars du principe que,* ***qu'on me donne des financements ou qu'on ne m'en donne pas, ça ne m'empêchera pas de faire ce que j'ai envie de faire. Donc tant mieux si on me donne des financements. Je trouve que c'est une bonne chose, ça légitime le travail qui est fait, je me sens plus reconnue dans les actions que je mène. Maintenant, si on ne me reconnaît pas, tant pis****, je me reconnaîtrai tout seul !* »

Enquêtrice : « *Et tu pourrais me donner un exemple de créativité ? Pour que j'aie une idée…* »

Interviewé : « *Bah je mets en place le protocole de veille psychologique pour les personnes âgées, pour lutter contre l'isolement et la dépression et par conséquent, le suicide. L'idée c'est de permettre aux professionnels médicaux et paramédicaux d'avoir une fiche "alerte dépression", sur laquelle ils vont pouvoir cocher des petites choses et me faire suivre l'alerte si nécessaire. Et* ***moi je vais pouvoir, grâce aux financements*** [les NMR]*,* ***proposer la gratuité de mon intervention****. Je n'interviens qu'une fois, pour faire du diagnostic et de la prévention et orienter si besoin vers des structures adaptées.* ***Cette intervention-là, pour le patient, elle est gratuite, mais moi je suis quand même payé grâce aux financements. C'est énorme pour un libéral !*** » (Psychologue, MSP 2).

De la même manière, le médecin généraliste à l'origine du projet de la MSP 6 nous a expliqué qu'il considérait la MSP comme un lieu propice pour développer des activités qu'il qualifie d'« *innovantes* » et de « *dérogatoires* ». Il désigne en l'occurrence des actions visant à dégager du temps pour les médecins généralistes (en l'occurrence, l'assistanat en médecine générale[2] et les délégations de prérogatives médicales à d'autres professionnels), qui n'étaient

[1] Je rappelle que les professionnels de santé rencontrés au cours de cette enquête m'ont souvent tutoyée et que je me suis permis de les tutoyer en retour.

[2] L'assistanat en médecine générale est à différencier du dispositif des assistants médicaux introduit par la loi de transformation du système de santé de 2018. Le premier dispositif, lancé localement sur certains territoires en accord avec le Conseil de l'Ordre des médecins, permet à un jeune médecin généraliste de remplacer un confrère installé mais en travaillant sur les feuilles de soins de ce dernier. L'objectif est de permettre au jeune médecin de découvrir le territoire et la structure de soins sans avoir à remplir des démarches administratives d'installation ou de collaboration (pour un descriptif du contrat d'assistanat en médecine générale, voir pour exemple : https://remplafrance.com/blog/contrat-assistanat-solution-deserts-medicaux). Le second dispositif est l'une des mesures phares du Plan « Ma Santé 2022 » et a pour objectif de permettre aux médecins généralistes de se dégager de certaines tâches (notamment administratives, mais aussi d'organisation et de coordination), ainsi que de gestes permettant de préparer à la consultation (comme la prise des constantes, la mise à jour du dossier patient, etc.), en les délégant à un assistant qui n'est pas médecin (cette activité est ouverte aux infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de puériculture diplômés d'État, ainsi qu'aux personnes ayant obtenu le certificat de

pas encadrées légalement au moment où les professionnels ont cherché à les développer localement dans la MSP. Ce médecin considère la MSP comme un « *laboratoire* », qui permet aux professionnels de développer ces nouvelles activités :

> Interviewé : *« En fait,* ***notre département est un petit laboratoire, et la maison de santé aussi****. Et* ***le fait de plus avoir de médecins nous a obligé à faire, je dirais, des opportunités innovantes et dérogatoires*** *»* (rire).
>
> Enquêtrice : *« Ah, vous pensez que ce cadre, la maison de santé, ça permet quelques dérogations ? »*
>
> Interviewé : « ***Moi je rêve de dérogation*** *! Parce que je pense qu'en fait,* ***faut sortir des sentiers battus****. Systématiquement. Mais euh… mais faut qu'on puisse le faire. Alors déjà,* ***la maison de santé est née sur de la dérogation****. Faut se rappeler qu'en 2009, les assistants de médecine générale n'existaient pas, c'était totalement impossible. Moi, ce que j'ai fait au moment de la création de la maison de santé, j'ai dit à mes stagiaires : « Écoutez, votre stage, il se termine normalement au 30 octobre, donc le 1er novembre vous êtes plus étudiants. Moi, si vous êtes intéressés par le projet, au 1er novembre, je vous propose un statut d'assistant. C'est à dire que vous fonctionnez sur mes feuilles de soins, avec mes ordonnances, vous mettez un tampon "médecin assistant", pas docteur en médecine (puisque pour être médecin faut être thésé), et puis vous voyez les patients, mais au lieu de toucher votre salaire d'internes, vous toucherez le prix de la consultation, qui sera versé à moi mais que je vous rétrocèderai. » C'était l'idée. Et moi, j'avais été voir le président du Conseil départemental de l'Ordre et je lui avais dit qu'on devait réfléchir à l'assistanat.* ***Parce que la maison de santé ne pouvait se faire que si j'avais cette dérogation de prendre des assistants****. Ce qu'il a accepté. Il s'est fait taper sur les doigts au niveau national, à Paris. Mais on a pu prendre des assistants au sein de la maison de santé. B. était assistant, Bn. était assistant, J. aussi. Sachant qu'une fois qu'ils sont assistants, ils ont trois ans pour écrire leur thèse et s'installer.* ***Et ils se sont tous installés comme médecins dans la maison de santé. C'est de l'intégration professionnelle****. C'est faciliter l'intégration professionnelle. Et* ***ce système dérogatoire*** *qui nous avait été reproché au départ par le Conseil national de l'Ordre des médecins, et bien il a fallu qu'ils réfléchissent un petit peu au problème de la démographie médicale, que le président change,* ***et maintenant c'est validé, il y a un texte qui permet aux médecins généralistes d'avoir des assistants****. Et pour nous, pour la MSP, ça a été la manière de mettre le pied à l'étrier pour de jeunes étudiants qui terminaient leur cursus. Donc ça, c'est* ***une disposition dérogatoire****.* »
>
> Enquêtrice : « *Ok. Et après, vous voyez d'autres exemples de dérogations possibles ?* »
>
> Enquêté : « *Moi, je pense qu'****il y a plein de dérogations possibles****. Sur la délégation de tâches*[1] *par exemple. Après, c'est à discuter avec l'ARS et surtout avec les professionnels. Et puis, il faut mettre en place les financements nécessaires. Le vrai problème, c'est ça. Parce que si demain je dis aux médecins : « Vous voyez plus les nourrissons, ça va être une infirmière de la maison de santé », bah oui, ça va pas forcément être bien vécu. Mais je crois qu'on va être obligés d'y arriver, d'une manière ou d'une autre. Et il faut qu'on s'y prépare et qu'on prévoie les financements pour. Et c'est pas en refusant de voir l'avenir qu'on va s'y préparer. Je pense qu'il faut déjà qu'on pense à déléguer des choses.* ***Mais avant que ce soit généralisé, c'est encore des dérogations****. »* (Médecin généraliste, MSP 6)

---

qualification professionnelle d'assistant médical). Voir l'encadré 4 du chapitre 5 sur les assistants médicaux.

[1] Nous considèrerons les dérogations en matière de délégations de tâches (c'est-à-dire le transfert de tâches des médecins généralistes vers d'autres professionnels de santé) dans le chapitre 6 dédié aux enjeux juridictionnels liés à la division du travail en MSP

Ce qui permet finalement de différencier le profil des MSP *innovantes* du profil des MSP *conformes* est cette capacité des professionnels à utiliser les NMR pour développer de nouvelles activités qui répondent à leurs besoins et que n'avait pas anticipées le régulateur – et qui, pour certaines, dérogent aux principes d'organisation et de financement des soins qui régulent le secteur ambulatoire libéral. Les autorités sanitaires se montrent d'ailleurs ambivalentes face à ces initiatives, comme nous l'avons évoqué dans le chapitre 2 : un chargé de mission de l'ARS en lien avec la MSP 2 considérait les initiatives lancées par cette structure « *innovantes* » mais « *dérogatoires* », tout en estimant « *louable* » le choix des professionnels d'allouer une partie des NMR au développement de l'offre de prise en charge pour les patients. Ce chargé de mission affirmait finalement au sujet de cette structure : « *C'est un peu la MSP modèle, l'exemple à suivre*[1] ». De même, un chargé de mission de l'ARS en lien avec la MSP 6 présentait cette structure comme « *un exemple de MSP qui marche*[2] ». Notons par ailleurs que ces MSP *innovantes* sont portées en exemple par la FFMPS, qui leur fournit chaque année lors des rencontres annuelles une tribune pour présenter leurs initiatives devant les autres professionnels exerçant en MSP[3].

Nos observations rejoignent ainsi celles de Blandine Mesnel, qui montre que certains agriculteurs voient dans le travail bureaucratique le moyen de s'affirmer comme de « *bons* » agriculteurs capables de mettre en œuvre plus facilement que les autres les nouveaux principes de la PAC, voire même comme des « *pionniers* » qui tirent parti de cette réforme (Mesnel, 2017). Dans notre cas d'espèce, les professionnels des MSP *conformes* s'affirment en effet comme de « *bons* » professionnels dont les efforts pour respecter les termes de la contractualisation sont reconnus et récompensés par l'ARS et la CPAM, alors que les professionnels des MSP *innovantes* sont considérés comme des « *pionniers* » des MSP, dont les initiatives – mêmes les plus dérogatoires – sont louées par les autorités sanitaires et pour certaines soutenues dans leur développement.

---

[1] Entretien (non enregistré) avec un chargé de mission de l'ARS en lien avec la MSP 2.

[2] Entretien téléphonique (non enregistré) avec un chargé de mission de l'ARS en lien avec la MSP 6.

[3] Voir notamment le travail de Nadège Vezinat sur la FFMPS, dans lequel l'auteure analyse notamment les échanges qui ont lieu lors des journées de rencontre annuelles et des ateliers thématiques qui y sont organisés (Vezinat, 2019).

4) Un « *bricolage* » avec les procédures indispensable à la contractualisation avec les autorités sanitaires

La mise en perspective des différentes expériences de la rationalisation dans les six MSP de notre échantillon montre que la capacité des professionnels à contractualiser avec les autorités sanitaires, d'abord, et à tirer profit de la contractualisation pour développer de nouvelles pratiques, ensuite, dépend de l'articulation des trois mécanismes que nous avons identifiés dans le chapitre 2. À un premier niveau, pour pouvoir contractualiser avec les autorités sanitaires et obtenir les NMR, les professionnels doivent conjuguer les deux premiers mécanismes de formalisation des pratiques existantes et de réinterprétation des procédures de rationalisation. En effet, l'exemple de la MSP 3 (*résistante*) montre qu'il ne suffit pas aux professionnels de formaliser ce qu'ils faisaient de manière informelle pour le donner à voir aux autorités sanitaires (bien que cette formalisation permette déjà de justifier d'une partie des critères obligatoires de l'ACI), mais qu'ils doivent également accepter de bricoler avec les procédures du contrat plutôt que rejeter celles qui ne leur paraissent pas pertinentes – ce qu'ont accepté de faire les professionnels des MSP 1 et 5 (*conformes*). C'est ce bricolage qui permet aux professionnels d'adapter les procédures à leurs besoins tout en assurant la contractualisation avec les autorités sanitaires. À un second niveau, les professionnels peuvent tirer parti de la contractualisation en utilisant les NMR pour développer des initiatives qui répondent à leurs besoins localement et que n'avaient pas anticipé les autorités sanitaires. Ces initiatives ne sont toutefois pas sans coût pour les professionnels, ce qui explique selon nous qu'ils n'y aient pas tous recours : les professionnels prennent en effet le risque de voir leurs initiatives non soutenues par les autorités sanitaires et le temps qu'ils y ont consacré non valorisé. Cela a été le cas pour la MSP 3 et son projet de protocole relatif à la périnatalité.

Cet accueil différent des initiatives des professionnels de santé d'une MSP à une autre a suscité notre étonnement : comment expliquer la plus ou moins grande tolérance des CPAM face aux arrangements des professionnels avec les procédures (ainsi que l'apparent manque de concertation entre l'ARS et la CPAM dans le cas de la MSP 3) ? Nous n'avons pas de données systématisées nous permettant d'expliquer cette hétérogénéité de situations mais proposons deux hypothèses. Des échanges non enregistrés avec un chargé de mission d'une CPAM ainsi qu'avec deux consultants, nous amènent à penser que l'arrivée tardive des CPAM dans la contractualisation (en 2015 avec le Règlement Arbitral) alors que les ARS avaient jusque-là géré la labellisation des MSP ainsi que l'attribution des NMR (pendant l'ENMR), a demandé

une période de « *montée en charge* » sur un « *dispositif que les caisses* [d'assurance maladie] *ne connaissaient pas* » (nous rapportons ici les propos de la personne de la CPAM). Notre seconde hypothèse est que les ARS et les CPAM sont davantage disposées à transiger sur les obligations contractuelles et sur des propositions « *innovantes* » ou « *dérogatoires* » avec des professionnels qui montrent de la bonne volonté pour se conformer à leurs attentes – comme cela est le cas pour les MSP *conformes* et *innovantes* – et ce malgré leurs difficultés pratiques et évidentes à le faire.

Le tableau ci-dessous présente, de manière synthétique, les trois profils types de MSP que nous avons rencontrés sur le terrain en fonction de la capacité des professionnels à s'approprier le sens et le contenu de la contractualisation avec les autorités sanitaires, en formalisant leurs pratiques, réinterprétant les procédures de rationalisation et en utilisant de manière discrétionnaire les NMR pour innover :

Tableau 1 : Différents niveaux d'appropriation des procédures de rationalisation en MSP

Mécanisme d'appropriation des règles et procédures de rationalisation	**MSP *résistante***	**MSP *conforme***	**MSP *innovante***
Formalisation : Formalisation ou objectivation des pratiques existantes permettant de justifier du respect de certaines procédures de l'ACI	Oui	Oui	Oui
Réinterprétation : Réinterprétation des procédures de l'ACI pour les adapter aux situations locales	Non	Oui	Oui
Innovation : Utilisation discrétionnaire des NMR pour développer des activités dérogatoires ou innovantes	Non	Non	Oui

Nous soutenons finalement que la mise en œuvre des procédures de rationalisation passe *a minima* par une déclinaison de celles-ci au niveau local, sans laquelle elles ne pourraient être acceptées par les professionnels libéraux – d'autant plus qu'ils ne sont pas contraints d'exercer dans en MSP. Nous rejoignons en cela les observations de Philippe Bezes et Christine Musselin dans leur analyse de la diffusion et de la légitimation des « *mythes rationnels* » du *New Public Management* : « *Plus* [les mythes] *sont globaux, plus leur déclinaison « locale » est nécessaire pour qu'ils gagnent en légitimité et soient reconnus comme « incontournables » par les acteurs du champ* » (Bezes et Musselin, 2015, p. 139).

Après avoir mis en lumière cette variété de réponses des professionnels face au processus de rationalisation en MSP, nous allons identifier, dans la deuxième partie du chapitre, les variables déterminantes qui permettent selon nous d'expliquer ces différents profils de MSP.

B - Les déterminants des expériences différenciées du processus de rationalisation : entre trajectoires individuelles et contexte organisationnel

Nous avons montré que, bien que toutes désireuses au départ de contractualiser avec les autorités sanitaires afin d'être reconnues en tant que MSP et de toucher les NMR, les six structures de notre échantillon avaient répondu différemment au processus de rationalisation. Afin d'identifier les déterminants permettant d'expliquer ces expériences si différentes de la contractualisation et des procédures de rationalisation, nous proposons, dans un premier temps, de mettre en perspective les deux profils opposés de MSP, *innovante* et *résistante*. L'objectif est de reconnaître les caractéristiques qui les rapprochent et celles qui les distinguent, les secondes permettant selon nous de formuler des hypothèses sur les déterminants de l'expérience différenciée de la contractualisation d'une MSP à une autre (1). Dans un second temps, nous considérons les cas des MSP *conformes* et montrons qu'elles présentent des variations autour de ces déterminants (2).

1) MSP *innovantes* et MSP *résistante* : le jeu des différences

Les MSP 2 et 6 que nous avons identifiées comme *innovante* et la MSP 3 que nous avons identifiée comme *résistante* se rejoignent sur plusieurs points : dans les trois structures, un médecin généraliste est à chaque fois très investi dans le projet et a lui-même sollicité le soutien de l'ARS ; deux d'entre elles (MSP 2 et 3) sont localisées dans la même région et sont ainsi en relation avec la même ARS (bien qu'avec les CPAM de deux départements différents), de plus, elles ont été accompagnées par le même cabinet d'étude (cabinet A) pour l'élaboration du projet de santé et la préparation de la signature du contrat (qu'il s'agisse de l'ENMR pour la MSP 2 ou du Règlement Arbitral pour la MSP 3). Derrière cette convergence, nous avons cherché à comprendre ce qui différenciait ces structures et pouvait expliquer qu'elles aient des expériences si contrastées du processus de rationalisation, l'une étant considérée comme une

MSP « *modèle* » alors que l'autre n'avait pas réussi à contractualiser. La comparaison de ces deux profils types fait émerger quatre variables principales qui les différencient : l'historique du projet (notamment la motivation initiale des professionnels à s'impliquer dans cette entreprise de transformation de leur exercice) ; l'apprentissage progressif des nouvelles règles de la contractualisation (à travers la participation à l'Expérimentation des NMR) ; les relations avec l'ARS et la CPAM ; et enfin les relations entre le médecin porteur du projet[1] et les autres professionnels de la MSP et notamment sa capacité à entraîner le reste du groupe. L'identification de ces variables nous amène ainsi à considérer conjointement les dimensions individuelle et organisationnelle de la mise en œuvre de l'instrument MSP.

Les MSP *innovantes* : des pionnières du mouvement de rationalisation

Une volonté de faire évoluer les modalités d'exercice de la médecine générale

L'origine des MSP 2 et 6 remonte aux années 2000, avant que les MSP ne soient définies par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) de 2009. La MSP 2 est née de la volonté de quatre médecins généralistes, exerçant dans un cabinet médical de groupe depuis les années 1990, de faire évoluer leur exercice en développant une « *réflexion pluriprofessionnelle* » avec les autres professionnels de la commune et de « *préparer l'avenir*[2] », autrement dit d'attirer de jeunes médecins pour compenser les futurs départs à la retraite. Ces discussions ont abouti en 2007 à un accord sur le principe d'un regroupement pluriprofessionnel, dans une structure dont les médecins seraient propriétaires. La veille de la signature du prêt à la banque pour l'achat du bâtiment, l'un des deux médecins à l'initiative du projet décède brutalement et le projet est abandonné jusqu'en 2009, quand le second médecin reprend seul le flambeau. Il mobilise d'autres professionnels de la commune qui décident de se rallier au projet, notamment des masseurs-kinésithérapeutes, un psychologue et un orthophoniste. Le médecin généraliste porteur de ce projet, qui est élu MG France et a connaissance des discussions autour de la loi HPST, propose alors au groupe pluriprofessionnel de monter une MSP dans le but d'être reconnus officiellement par l'ARS et de participer à l'expérimentation des NMR. Il croise par

[1] Les profils et le rôle de ces médecins porteurs de projets feront toutefois plus précisément l'objet du chapitre 4.

[2] Entretien avec le médecin généraliste à l'initiative du projet.

hasard un ancien camarade de la faculté de médecine qui a fondé un cabinet d'étude spécialisé en santé publique et dans l'organisation des soins (cabinet A) et qui lui propose de les accompagner pour rédiger le projet de santé afin de respecter le cahier des charges des MSP de la DGOS et de participer à l'ENMR. Cette mission d'accompagnement sera financée par l'ARS, au titre du FIR (Fonds d'Investissement Régional). L'équipe pluriprofessionnelle s'installe finalement dans la nouvelle structure fin 2011 et le projet de santé est validé mi-2012 par l'ARS, qui propose dans la foulée aux professionnels de participer à l'ENMR. Depuis, les professionnels ont signé le Règlement Arbitral en 2015 et l'ACI en 2017.

Quant à la MSP 6, l'idée du regroupement pluriprofessionnel a émergé dès 2002, des discussions entre un médecin généraliste et un masseur-kinésithérapeute, qui partageaient le constat d'un risque de déficit de la démographie professionnelle (surtout médicale) sur la commune et les communes limitrophes. Au contact d'internes en médecine (étant enseignant à la faculté de médecine et maître de stage), ce médecin généraliste prend conscience que les jeunes médecins ne sont plus attirés par les modalités d'exercice qu'a connu sa génération : exercice isolé et professionnels « *corvéables* » jours, nuits et week-ends. L'exercice regroupé à plusieurs médecins et, si possible, avec des professionnels paramédicaux pour « *améliorer la coordination autour des patients* » et « *déléguer certains actes*[1] », lui semble être la solution. Il sollicite alors le maire de la commune ainsi que le président de la communauté de communes pour savoir si les collectivités peuvent les aider à trouver un local permettant de regrouper l'ensemble des professionnels intéressés. Les élus locaux soutiennent le projet : ils acceptent de financer la rénovation d'un bâtiment, avec l'aide de subventions régionales, dont la communauté de communes est propriétaire et que les professionnels louent. Contrairement à la MSP 2, la MSP 6 n'a pas bénéficié d'un accompagnement par un consultant : le projet de santé a été rédigé par deux médecins généralistes seuls, à savoir le médecin porteur de projet et un de ses internes qui s'est par la suite installé dans la MSP. Ces deux médecins présentent le projet à l'ARS, qui reconnait une structure s'apparentant à une MSP telle que définie dans la loi HPST et propose aux professionnels de participer à l'ENMR. Le médecin porteur retrace ci-dessous l'historique du projet et l'entrée presque automatique dans l'ENMR :

> Interviewé : *« Disons qu'avec la loi HPST, qui mettait en place les prémisses de ce qui devaient être les maisons de santé, nous, quelque part, on avait déjà fait la mutation.* ***On était déjà dans les critères de ce qu'on demandait aux futures MSP****. Donc on a déposé les projets auprès de*

[1] Entretien avec le médecin généraliste porteur du projet.

la DDASS à l'époque[1] *pour créer* ***la première MSP du département****. Après moi, j'ai écrit un projet de santé avec un de mes internes, qui est devenu assistante ensuite. Donc on a écrit un projet de santé qui est toujours actif aujourd'hui.* ***Avec les autres professionnels aussi, parce qu'on s'est rendus compte qu'on allait tous faire face aux mêmes problèmes de démographie et que c'était intéressant de réfléchir ensemble et de se réunir****. Bien-sûr, on a fait une version 2, une version 3* [du projet de santé]*, pour actualiser les choses. Et j'ai dû défendre mon projet devant la Région*[2]*. Et, je tiens à le dire, j'ai été accompagné par la jeune responsable des finances de la communauté de communes, qui a présenté un financement à la Région. Et on est arrivé quasiment avec un paquet cadeau pour la Région. Alors pour la petite histoire, c'est le côté marrant des choses, c'est que le matin-même, la commission régionale auditionnait le projet de X., à X-Ville, qui n'était pas aussi évolué que le nôtre*[3]*, donc quand nous on est arrivés avec notre projet, on a raflé la mise. Mais ils ont eu l'enveloppe l'année d'après à X-Ville. »*

Enquêtrice : *« Et ça, c'était quand ? »*

Interviewé : *« Fin 2008, début 2009. Et les travaux ont commencé début 2009. »*

Enquêtrice : *« Euh, c'est quoi l'enveloppe dont vous parlez ? C'était pour la structure ? »*

Interviewé : « Alors oui, parce que la Région voulait soutenir les projets de maisons de santé. Le coût de la MSP était petit, 950 000 euros en 2009. Et la Région a dû en financer un tiers, le Conseil général a financé une partie, et le reste c'est un emprunt qu'a fait la communauté de communes. Et les mensualités sont payées par les loyers que nous a proposés la ComCom[4] [aux professionnels de santé]. *En fait, les élus n'attendaient même pas une participation de la Région donc ils ont été extrêmement surpris et contents de l'aide de la Région. »*

Enquêtrice : *« Mais alors, comment s'est fait le lien ensuite avec l'ARS ? »*

Interviewé : *« Alors,* ***une fois que les ARS sont nées, ils nous ont regardé avec beaucoup d'intérêt. Car c'était déjà tout fait ! On exerçait déjà ensemble, on faisait des réunions****, et même des réunions avec des extérieurs : les associations d'aide à domicile, les SSIAD, les EHPAD…* ***Quand on a énoncé notre manière de faire à l'ARS, ils nous ont dit qu'on faisait exactement ce qu'ils souhaitaient mettre en place. Donc on était éligibles à l'ENMR. Et maintenant, nous en sommes à l'ACI,*** *qui régit le fonctionnement de la MSP aujourd'hui. Et on a continué très rapidement à enrichir notre projet avec des réunions avec les acteurs de la santé mentale et des réseaux d'addictions, avec des protocoles, un système d'info, etcetera. »* (Médecin généraliste, porteur de la MSP 6).

Les MSP 2 et 6 peuvent selon nous être considérées comme des MSP avant l'heure, pionnières de la réforme de l'organisation des soins primaires, dans la mesure où les

[1] Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, qui existait jusqu'à la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) de 2007.

[2] Ce médecin évoque ici le Conseil régional. En vertu du cahier des charges des MSP publié par la DGOS en 2010, les régions et les autres collectivités territoriales (départements, communes, communautés de communes) peuvent octroyer des subventions à l'investissement pour les projets de MSP (notamment pour la construction ou la rénovation du bâtiment) (voir chapitre 1).

[3] Cette structure compte parmi les plus visibles et citées dans l'arène institutionnelle (notamment de la FFMPS) et médiatique, et est identifiée par une grande partie des professionnels de santé que nous avons rencontrés sur le terrain.

[4] Communauté de communes.

professionnels ont monté de leur propre initiative des projets qui correspondaient déjà à la définition que la LFSS de 2007 et la loi HPST de 2009 allaient donner des MSP. Le terme de « *pionniers* » est d'ailleurs employé par l'Irdes (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014b), ainsi que certains médecins observateurs de la politique des MSP[1], pour qualifier les premiers professionnels qui se sont engagés dans ce mode d'exercice.

Un apprentissage progressif des nouvelles règles de l'exercice en MSP

Au moment de notre enquête, les MSP 2 et 6 étaient ainsi engagées depuis plusieurs années dans une relation contractuelle avec les autorités sanitaires, au départ uniquement avec l'ARS dans le cadre de l'ENMR et ensuite avec l'ARS et la CPAM dans le cadre du Règlement Arbitral puis de l'ACI. La mise en œuvre des différents outils et procédures de rationalisation s'est ainsi faite de manière progressive dans ces deux structures (comme l'expliquait le médecin généraliste porteur de la MSP 6 cité précédemment), qui ont participé à la période expérimentale pendant laquelle les ARS ont précisément testé à l'échelon régional les critères de la contractualisation qui allaient ensuite être stabilisés et harmonisés au niveau national, et imposés aux générations suivantes de professionnels.

Le soutien des autorités sanitaires

En plus de la volonté de faire évoluer les modalités d'exercice en soins primaires dans la même direction que les autorités sanitaires et de l'apprentissage progressif des outils et procédures de rationalisation, les MSP 2 et 6 se distinguent par les relations d'alliance qu'elles ont réussi à établir avec leurs partenaires sur le territoire. D'une part, les ARS ont accordé leur soutien aux professionnels dès le départ, en les faisant participer à l'ENMR. D'autre part,

[1] Nous faisons référence ici à deux médecins généralistes, notamment, qui se sont inspirés de leurs propres expériences pour publier des livres-témoignages défendant le développement de l'exercice en MSP. Le docteur Pierre de Haas, qui a dirigé la FFMPS et que nous avons déjà présenté dans le premier chapitre, a en effet publié fin 2010 un ouvrage sur son expérience en tant que fondateur d'une MSP (Haas (de), 2010). Le Docteur Dominique Dépinoy, ancien médecin généraliste ayant « *dévissé sa plaque* » (pour reprendre son expression) afin de monter un cabinet d'étude spécialisé dans l'accompagnement des évolutions du système de santé et notamment dans les projets de MSP, a publié en 2011 un argumentaire sur l'urgence de mener cette réforme de l'organisation des soins primaires, afin d'améliorer non seulement l'accès et la qualité des soins pour la population, mais aussi les conditions d'exercice des professionnels de santé (Dépinoy, 2011).

certaines initiatives spécifiques développées dans ces deux MSP ont recueilli le soutien d'organes administratifs et professionnels. Le protocole relatif au repérage de la fragilité proposé par la MSP 2 a ainsi été soutenu par l'ARS qui a mis des moyens financiers et humains à disposition des professionnels pour l'élaborer et l'a soutenu devant la HAS pour pouvoir le généraliser sur le territoire (voir chapitre 2). Le médecin porteur du projet de la MSP 6 a quant à lui obtenu le soutien du Conseil départemental de l'Ordre des médecins pour la création dérogatoire d'un nouveau statut d'assistant en médecine générale qui lui a permis de faire venir trois jeunes médecins dans la MSP dès son ouverture. Le Conseil départemental de l'Ordre a ensuite lui-même défendu cette initiative devant le Conseil national de l'Ordre.

Le soutien apporté par les autorités sanitaires et professionnels aux initiatives des professionnels des MSP 2 et 6 rappelle le mécanisme d'alliance observé par Trish Reay et Bob Hinings entre les médecins et les agents de l'administration de la province d'Alberta au Canada, pour défendre des innovations locales touchant au contenu ou à l'organisation des soins devant l'administration sanitaire centrale (Reay et Hinings, 2009). Patrick Castel constate de la même manière une interdépendance entre les médecins du secteur de la cancérologie et les gestionnaires du sanitaire : d'un côté, les médecins ont besoin du soutien (politique mais aussi financier) des gestionnaires pour développer leurs initiatives organisationnelles et, de l'autre, les gestionnaires peuvent voir dans certaines de ces initiatives professionnelles des solutions à des problèmes qu'ils avaient eux-mêmes identifiés (Castel, 2020). Cette situation de soutien de la part des autorités sanitaires peut également faire penser à la pratique du « *signalling* » décrite par Kimberley Isett, Sherry Glied, Michael Sparer and Lawrence Brown (Isett et al., 2013). Dans leur étude sur la réforme organisationnelle des bureaux de Medicaid dans la ville de New York, ces auteurs remarquent que la reprise par le management d'initiatives émanant du terrain permet d'envoyer un signal de soutien aux agents (« *frontline employees* »). À l'instar de nos professionnels de santé, ces agents deviennent alors force de proposition et moteurs du changement : « *Au départ sur la réserve, les employés se transforment en une équipe à l'origine de suggestions précieuses qui, une fois testées, aboutissent à des propositions suffisamment efficaces pour être déployées à l'échelle du système*[1] ».

---

[1] Dans le texte : « *Employees moved from being timid to a team that made invaluable suggestions, tested them, and finally created a system that was effective enough to be rolled out 'system wide'.* » (Isett et al., 2013, p. 8)

Un médecin reconnu dans un rôle de « leader » ou de « moteur »

Le rôle joué par le médecin à l'initiative du projet est enfin la dernière variable qui distingue MSP 2 et 6 (*innovantes*) de la MSP 3 (*résistante*). Nous constatons en effet qu'ils n'ont pas la même capacité à entraîner le reste des professionnels dans leur entreprise de transformation des pratiques, ni à représenter la MSP face aux partenaires extérieurs, professionnels, institutionnels et politiques. Les différents professionnels exerçant dans les MSP 2 et 6 ont en effet souligné en entretien le rôle particulier joué par un médecin généraliste dans chaque structure, qualifié dans les deux cas de « *leader* » ou « *moteur* » de la MSP : ils lui reconnaissent la paternité du projet et saluent son investissement, voire son « *dévouement* », dans la gestion et la coordination de la structure, sans lequel ils ne pourraient pas satisfaire aux obligations contractuelles et pérenniser leurs nouvelles modalités d'exercice.

Nous analyserons en détail les fondements du pouvoir de ces médecins dans le chapitre 4 qui leur est spécifiquement dédié et mettrons en évidence plusieurs ressources, notamment leur réseau relationnel (du fait des liens qu'ils entretiennent avec des représentants professionnels, institutionnels ou politiques) et des savoir-faire spécifiques (connaissances juridiques, administratives et gestionnaires...) qui son indispensable à un projet de MSP. Nous verrons également qu'en acceptant de porter l'essentiel du coût de la rationalisation pour le groupe, ces médecins généralistes parviennent à négocier l'adhésion de leurs collègues, qui sont désireux d'exercer en MSP mais pas disposés à s'investir à la même hauteur que ces médecins moteurs.

La MSP *résistante* : une rationalisation à marche forcée

Urgence à attirer des médecins généralistes et absence d'alliance avec les autorités sanitaires

L'historique du projet de la MSP 3 se distingue de ceux des MSP 2 et 6. Suite au décès d'un confrère en 2014 (dans un accident de la route alors qu'il allait voir un patient à domicile), plusieurs médecins généralistes de la commune alertent les élus locaux ainsi que l'ARS sur la détérioration de leurs conditions de travail et de l'offre de soins : ils n'arrivent plus à répondre à la demande de soins de la population, les délais de prise de rendez-vous (et le mécontentement

de la population) ne cessent de croître et la situation risque de s'aggraver du fait de départs à la retraite de médecins généralistes qui ne trouvent pas de remplaçants. Les médecins témoignent à plusieurs reprises dans la presse locale et régionale de l'urgence de la situation, en espérant alerter élus et administration sanitaire : « *Aujourd'hui, la priorité n'est plus de faire venir de nouveaux médecins, mais qu'on tienne le coup. Trois départs en retraite sont prévus dans les dix-huit mois. S'ils ne sont pas remplacés, on ne tiendra pas le coup* », désespère l'un d'entre eux, alors qu'un de ses confrères explique : « *Il y a beaucoup de mécontents* [dans la population] *quand on annonce 15 jours d'attente pour un renouvellement de médicaments. Ils trouvent ça lamentable*[1] ». L'ARS suggère alors aux professionnels d'élargir leurs réflexions à un projet de regroupement en MSP qui serait susceptible d'attirer de jeunes médecins. L'agence leur propose de financer un accompagnement par un cabinet d'étude (le Cabinet A, qui a accompagné la MSP 2 dans la même région) pour l'élaboration du projet de santé afin d'obtenir le « *label* » MSP et les NMR. Ainsi, contrairement aux professionnels des MSP 2 et 6, les professionnels de la MSP 3 n'avaient pas pour objectif initial de se constituer en MSP (certains ne connaissait d'ailleurs pas ce mode d'exercice) ni de participer à l'ENMR, mais étaient principalement préoccupés par le déficit de médecins généralistes (précisons toutefois que les professionnels des MSP 2 et 6 partageaient cet objectif d'attirer des médecins). Cette différence d'objectifs entre autorités sanitaires et professionnels de santé explique selon nous l'absence d'alliance entre eux et l'abandon de la contractualisation que nous avons analysé dans la première partie.

Un médecin remis en cause dans son rôle de porteur de projet

Suite à la proposition de l'ARS de financer un accompagnement par un consultant pour élaborer le projet de MSP, un des médecins généralistes de l'équipe a accepté de devenir l'interlocuteur de l'agence et de dédier du temps à l'élaboration du projet de santé avec le consultant (les autres médecins ainsi que des professionnels paramédicaux ont également participé aux réflexions, notamment au cours de réunions pendant lesquelles ils ont discuté collectivement les éléments du projet de santé, mais se sont moins impliqués que leur collègue). Malgré son investissement particulier, nous avons constaté que ce médecin généraliste n'avait

[1] Témoignages recueillis par un journaliste de la presse régionale (dans un souci d'anonymat, nous ne précisons pas le nom de ce média ni la date de parution).

pas la même capacité que ses homologues des MSP 2 et 6 à obtenir l'adhésion de ses collègues. Tout en reconnaissant le temps et les efforts déployés par ce professionnel dans l'écriture du projet de santé et dans les relations avec l'ARS, ses collègues ne lui ont en effet pas attribué un rôle de « *moteur* » ou de « *leader* » comme dans les deux autres MSP. Cette professionnelle nous a elle-même confié sa difficulté à fédérer le groupe et a expliqué avoir fait l'objet de médisances de la part de quelques professionnels, qui auraient considéré son investissement dans le projet comme un moyen d'« *avoir la main sur la santé »* dans la commune.

Le jeu des différences entre les MSP *innovantes* et la MSP *résistante* nous conduit finalement à formuler quatre constats. Premièrement, la volonté propre des professionnels de faire évoluer leurs modalités d'exercice (et non la suggestion de l'ARS) est propice à l'acceptation par les professionnels de la contractualisation et des procédures de rationalisation. Deuxièmement, l'apprentissage progressif de la relation contractuelle et des outils et procédures de rationalisation, du fait de l'ancienneté du projet et de la participation à l'ENMR (avant la signature du Règlement Arbitral puis de l'ACI), atténue le « *choc culturel* » (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014b, p. 67) que représente le nouveau mode d'exercice en MSP[1] et diminue le coût de la rationalisation pour les professionnels. Troisièmement, la capacité à faire alliance avec les autorités sanitaires, c'est à dire à arriver à négocier avec elles autour de la mise en œuvre des nouvelles procédures de rationalisation, conditionne la contractualisation mais aussi le développement de certaines initiatives. En formulant ces trois premiers constats, nous n'excluons toutefois pas que des professionnels puissent s'« *acculturer* » à la nouvelle relation contractuelle avec les autorités sanitaires sans pour autant avoir fait partie des pionniers (le cas de la MSP 4 sera, à cet égard, intéressant à considérer, cf. *infra*). Quatrièmement, la présence d'un médecin porteur, capable de faire adhérer ses collègues à l'entreprise de transformation qu'il porte et d'être reconnu dans un rôle de moteur ou de *leader*, est un autre facteur propice au développement du projet. Précisons, pour clore cet exercice de comparaison, que les quatre déterminants que nous avons identifiés permettent de comprendre l'appropriation différenciée du processus de rationalisation à un *instant t*. Il est en effet possible que ces situations évoluent,

[1] Nous renvoyons au premier chapitre pour comprendre le « *choc culturel* » qu'est susceptible d'accompagner le passage d'un exercice libéral traditionnel (individuel ou en groupe monoprofessionnel) à un exercice libéral collectif, pluriprofessionnel et contractuel en MSP.

et la signature de l'ACI par la MSP 3, après deux ans de blocage, en est par exemple une manifestation.

2) MSP *conformes* : variations autour d'un même thème

L'analyse des trois autres MSP de notre échantillon (MSP 1, 4 et 5), que nous avons qualifiées de *conformes*, fait émerger des combinaisons différentes des quatre variables que nous venons d'identifier, comme autant de variations autour d'un même thème. Nous considérons d'abord la MSP 4 car elle présente des similitudes avec les MSP *innovantes*, bien qu'elle ne puisse selon nous prétendre (à ce stade ?) à entrer dans cette catégorie. Nous présentons ensuite les MSP 1 et 5, dont les expériences de la rationalisation sont plus éloignées de ce profil mais ne peuvent pour autant être qualifiées de *résistantes*.

MSP 4 : une structure qui pourrait devenir *innovante*

L'expérience des professionnels de cette structure présente des similitudes avec celles des MSP 2 et 6. Ce sont les professionnels qui ont commencé à réfléchir à un regroupement pluriprofessionnel, dès 2005. Le médecin porteur du projet, en binôme avec un infirmier, a alors sollicité les élus de la commune pour savoir si elle pouvait les aider à acquérir un local qui pourrait regrouper l'ensemble des professionnels intéressés. Le portage, par un médecin et un infirmier, dénote déjà de la dimension pluriprofessionnelle du projet. Précisons que ces deux professionnels ont été membres du conseil municipal de et étaient donc proches du maire de la commune. Trois autres médecins ont progressivement pris part au projet et se sont affirmés comme co-porteurs aux côtés du premier médecin (l'infirmier s'étant entre-temps désinvesti du projet[1]) : l'un d'eux est représentant de MG France au niveau départemental et un autre a été membre de l'antenne régionale de la FFMPS. Ces trois médecins partagent aujourd'hui l'essentiel du travail de gestion et de coordination de la structure avec un quatrième médecin et représentent la MSP pour les partenaires extérieurs. Les autres professionnels rencontrés en entretien ont de leur côté salué l'investissement particulier de ces médecins qui a selon eux

[1] Des tensions ont en effet émergé entre ce professionnel et certains médecins sur des questions budgétaires et ont conduit au départ de ce professionnel (nous y reviendrons dans le chapitre 5).

permis la contractualisation avec les autorités sanitaires. Contrairement aux MSP 2 et 6, la MSP 4 n'a pas participé à l'ENMR et a directement signé le Règlement Arbitral en 2015, sans passer par une période d'apprentissage comparable. Les professionnels n'ont toutefois pas témoigné de difficulté à mettre en œuvre les procédures imposées par le Règlement Arbitral.

Bien que cette structure partage ainsi plusieurs caractéristiques avec les MSP *innovantes* (notamment la motivation initiale des professionnels, la présence de médecins reconnus dans leur rôle de porteurs et des relations d'entente avec les autorités sanitaires co-contractantes), elle n'avait pas fait un usage comparable des NMR, du moins au moment de notre enquête. Pour tenter d'expliquer cette différence, nous formulons l'hypothèse que l'entrée directe dans le Règlement Arbitral, sans passer par la période d'apprentissage de l'ENMR, a pu entraîner un retard dans l'appropriation des nouvelles procédures de rationalisation et des nouvelles ressources qu'elles peuvent représenter. Par conséquent, nous pensons possible que cette structure rejoigne à terme la catégorie des MSP *innovantes*.

MSP 1 et 5 : une rationalisation en cours

MSP 1

Contrairement aux autres cas considérés, un élu est à l'initiative du projet de la MSP 1. Inquiété par la diminution du nombre de professionnels de santé dans la commune (du fait de départs à la retraite mais aussi d'un sentiment d'insécurité dans la commune[1]), le maire a proposé à un cabinet médical de groupe et à la faculté de médecine du département de s'investir dans un projet de MSP. Le lien avec la faculté était considéré comme un moyen de toucher les internes en médecine afin de les inciter à s'installer dans la future MSP. Bien qu'intéressé par l'exercice pluriprofessionnel, le médecin généraliste interlocuteur de la commune a dans un premier temps hésité à se lancer dans ce projet, estimant qu'il était trop proche de la retraite. Il a finalement accepté de porter l'essentiel du projet, incité par la mairie et accompagné par deux consultants financés par la commune (du Cabinet B, qui a également accompagné les MSP 4 et 5). Depuis l'ouverture de la MSP, ce médecin généraliste remplit la fonction de coordination (en binôme avec un paramédical et un coordinateur externe recruté spécifiquement pour cette fonction). Si ce médecin est aujourd'hui reconnu par ses collègues pour son investissement

[1] Suite au braquage d'un cabinet infirmier dans cette commune.

important dans le projet, il reconnaissait en entretien qu'il ne s'était affirmé dans ce rôle que progressivement et notamment grâce à l'accompagnement des consultants (voir chapitre 4). Notons, pour finir, que cette MSP n'a pas participé à l'ENMR et a dû directement mettre en œuvre les procédures prévues dans le Règlement Arbitral. Si la signature de cet accord s'est faite sans complication, le médecin porteur témoignait malgré tout de difficultés à mettre en œuvre les procédures et à mener les relations avec l'ARS et la CPAM (rappelons d'ailleurs que cette MSP n'avait pas encore mis en place de protocoles lors de notre enquête, plus d'un an après la signature du Règlement Arbitral) :

> ***« L'ARS c'est des gens là-haut, éloignés du terrain, qui nous disent : « Faut faire ça et ça »*** *et la sécu* [CPAM] *est là, entre les deux... Je pense qu'ils sont là pour nous aider, mais* ***ils sont trop exigeants****. Nous on leur a dit : « Votre cahier des charges, il demande ça, mais s'il faut passer 50 ans pour le remplir et pouvoir toucher 20 000 €... ça devient compliqué ».* ***Je ne dis pas qu'ils cherchent à nous embêter, non, mais ce qu'ils demandent nous prend trop de temps.*** *Chaque année, re-justifier qu'on a le logiciel qui convient et retrouver la facture, c'est c*. Si on a un logiciel qui est performant, l'année d'après on va pas avoir un autre logiciel moins performant. Mais ça euh, comment dire, c'est comme ça, il faut le faire. »* (Médecin généraliste, MSP 1)

Au regard des quatre déterminants que nous avons identifiés, nous formulons trois hypothèses pour expliquer la difficulté des professionnels de la MSP 1 à mettre en œuvre les nouvelles procédures de rationalisation : i) Le projet n'est pas une initiative des professionnels (dont une partie ne connaissait d'ailleurs pas l'exercice en MSP avant d'intégrer la structure) mais a été poussé par la mairie. ii) Le projet est relativement récent : la structure a ouvert ses portes en 2015 et a directement signé le Règlement Arbitral sans passer par la période d'apprentissage de la relation contractuelle et des procédures qu'ont connu les MSP 2 et 6 ayant participé à l'ENMR. iii) Le médecin porteur de projet a été davantage désigné par la mairie qu'il ne s'est lui-même spontanément décidé à porter le projet. Il s'est toutefois progressivement beaucoup investi dans le projet et a accepté de supporter l'essentiel du coût de la rationalisation pour le groupe.

MSP 5

Quant à la MSP 5, le projet n'était pas celui d'une MSP au départ, mais d'un « *rapprochement ville-hôpital* », comme nous l'a expliqué le médecin à l'origine du projet. Le directeur de l'hôpital local avait proposé aux médecins de la commune, exerçant alors en

cabinet de groupe, un rapprochement géographique. L'objectif était de créer un pôle de santé unique, considéré comme susceptible d'améliorer la coordination entres les professionnels hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux (notamment avec l'EHPAD) mais aussi d'attirer de jeunes médecins. L'un des médecins du cabinet médical, qui s'est affirmé comme le porteur du projet, considérait par ailleurs cette initiative de rapprochement avec l'hôpital comme l'occasion de développer simultanément l'exercice pluriprofessionnel, en intégrant des paramédicaux dans le bâtiment où allait s'installer le cabinet médical. Il a été accompagné par un consultant du Cabinet B (qui a également accompagné les MSP 1 et 4) dans l'écrire du projet, qui a finalement pris la forme d'un GCS (Groupement de Coopération Sanitaire[1]), comprenant une MSP. Exceptés deux autres médecins, dont un arrivé en cours de projet, nous avons constaté que les autres professionnels de santé libéraux n'étaient pas très investis au départ dans la réflexion autour d'un exercice coordonné et pluriprofessionnel, ce qu'a confirmé le consultant. Le regroupement pluriprofessionnel a ainsi davantage suivi une logique de remplissage des cabinets vacants que de transformation du mode d'exercice. Précisons, par ailleurs, que le médecin initialement porteur s'est progressivement désinvesti du projet une fois la MSP ouverte, et que la fonction de coordination a été investie par un autre médecin arrivé en cours de projet ainsi qu'un professionnel paramédical. Des tensions ont alors émergé entre ces deux médecins coordinateurs autour de leurs conceptions de la médecine, mais également d'éléments d'organisation, en l'occurrence le choix du logiciel d'information. Le médecin arrivé dans un second temps regrettait que son confrère à l'origine du projet fût « *très loin de la mentalité pluriprofessionnelle* », alors que ce dernier estimait pour sa part que « *l'approche slow-médecine*[2] » de son confrère arrivé récemment n'était pas compatible avec la demande croissante de soins de la population. Ces tensions se sont cristallisées autour du choix du système d'information et ont entraîné une scission au sein de l'équipe (sur laquelle nous reviendrons plus en détails dans le chapitre 5). Au moment de notre enquête de terrain, nous n'avons en tout cas pas réussi à identifier de porteur(s) ayant la même capacité à induire

[1] Un GCS est un outil de coopération permettant l'association d'établissements de santé, publics et privés (hôpitaux, maisons de santé, centres de santé, établissements médico-sociaux, professionnels de santé libéraux exerçant en cabinets individuels ou de groupe). Il permet de mutualiser les moyens entre ces acteurs (mobiliers, immobiliers, financiers, humains). Source : https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/le-groupement-de-cooperation-sanitaire-gcs.

[2] Ce médecin désignait, par cette expression, les habitudes de consultation de son confrère, qui privilégie le temps passé avec chaque patient malgré la recrudescence de la demande de soins.

l'adhésion que ceux des MSP 2, 6 ou 4. Précisons, enfin, que cette structure a directement signé le Règlement Arbitral sans passer par la période d'apprentissage de l'ENMR.

Au regard des déterminants que nous avons identifiés précédemment, nous formulons trois hypothèses pour expliquer les difficultés des professionnels de la MSP 5 à mettre en œuvre les procédures de l'ACI : i) Les professionnels ne partageaient pas la même motivation initiale : certains souhaitaient développer la coordination entre professionnels hospitaliers et professionnels de ville, d'autres développer l'exercice pluriprofessionnel en ambulatoire, et d'autres changer de locaux. ii) Si le projet de rapprochement ville-hôpital est ancien, le projet de MSP est quant à lui plus récent : la MSP a ouvert en 2015 et a directement signé le Règlement Arbitral. L'apprentissage de la logique contractuelle et des procédures de rationalisation est ainsi encore en cours, comme dans la MSP 1. iii) L'absence de professionnels reconnus comme leaders dans ce projet, ainsi que le conflit latent entre deux médecins qui auraient pu s'affirmer dans ce rôle, rendent plus difficile l'adhésion au projet des autres professionnels.

3) Les profils types, des outils pour rendre compte des déclinaisons de l'instrument MSP

La diversité des structures visitées sur le terrain nous a ainsi permis de constater que, derrière la définition générique des MSP et des outils et procédures de rationalisation, ces structures n'étaient pas des reproductions d'un même modèle, mais autant de déclinaisons locales de celui-ci. Nos hypothèses sur les déterminants de l'appropriation des procédures en MSP sont cependant bâties sur un échantillon restreint de six structures et mériteraient d'être testées à une plus large échelle. Elles recoupent toutefois plusieurs constats de l'Irdes, qui a réalisé des évaluations sur un large échantillon de structures d'exercice regroupé pluriprofessionnel (maisons, pôles mais aussi centres de santé), ce qui nous permet de valider plusieurs de nos hypothèses.

Dans un rapport datant de 2014 (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014b), l'Irdes relevait plusieurs facteurs pouvant influencer les dynamiques du regroupement en MSP qui recoupent les déterminants que nous avons nous-mêmes identifiés, à savoir : les modalités d'élaboration du projet de santé ; le « *mode de management de l'équipe* » et plus précisément la « *qualité du leadership* » ; le rôle des élus locaux et des « *instances régionales plus ou moins*

facilitatrices » ; ainsi que l'appui méthodologique (comme celui proposé par les consultants). Dans une autre évaluation publiée en 2014 (Afrite et Mousquès, 2014), l'Irdes propose par ailleurs une classification des structures d'exercice regroupé pluriprofessionnel selon leur niveau d'intégration (par « *intégration* », l'Irdes désigne « *le regroupement des moyens (locaux, professionnels, équipements) et de l'activité qui s'accompagne ou non de coordination entre les professionnels* » (*Ibid*., p. 2)), en les distinguant selon leurs caractéristiques « *structurelles* » (comprendre ici les caractéristiques formelles de la structure, à savoir le type de structure [maisons, pôles ou centres de santé], la taille, l'ancienneté, la composition de l'équipe, les modalités de financement [notamment l'utilisation des NMR]) et leurs caractéristiques « *organisationnelles* » ou « *fonctionnelles* » (qui renvoient pour leur part à l'organisation de la structure et de la coordination entre les professionnels). Cette classification de l'Irdes, des structures les moins *intégrées* (classe 1) aux plus *intégrées* (classe 5), recoupe en grande partie la typologie que nous avons proposée (en excluant d'office les deux premières classes de l'Irdes, qui ne concernent que les centres de santé salariés)[1] :

- La classe 5 regroupe les maisons (et quelques pôles) jugées les « *plus intégrées* ». Relativement plus anciennes que les autres, le développement des outils d'organisation (secrétariat, plannings de rendez-vous, gestion des dossiers de patients) et de coordination (réunions et logiciel commun notamment) est plus important que dans les autres structures et les NMR sont utilisés quasi-systématiquement pour indemniser le temps passé à la coordination, le management (réalisé par un ou plusieurs professionnels) ainsi que pour l'achat d'équipement ou de matériel. Dans notre étude, les MSP que nous avons qualifiées d'*innovantes* pourraient appartenir à cette catégorie : dans ces structures qui sont les plus anciennes de notre échantillon, les professionnels ont relativement mieux intégré la logique contractuelle et les procédures de rationalisation. En revanche, l'utilisation que les professionnels de nos MSP *innovantes* font des NMR – qui est précisément ce qui en fait, selon nous, des pionnières – dépasse l'utilisation des NMR que l'Irdes constate dans son échantillon : les NMR ne servent pas uniquement à rémunérer les activités de coordination, de management ou d'achat

[1] Précisons que les structures de ces trois classes sont principalement situées dans des zones rurales défavorisées en offre de soins, ce qui est le cas de 5 de nos 6 structures (la MSP 1 étant la seule localisée en zone urbaine).

de matériel, mais aussi à financer le développement d'initiatives qui dérogent aux principes d'organisation et de financement régulant le secteur ambulatoire libéral.

- La classe 4 regroupe les maisons (et quelques pôles) « *faiblement intégrées* ». Relativement plus récentes que les structures de la classe 5, les outils d'organisation et de coordination y sont relativement moins développés. Les NMR sont globalement utilisés de la même manière que dans les maisons de la classe 5. Dans notre cas d'étude, les MSP *conformes*, pourraient renvoyer à cette catégorie : relativement plus récentes que les MSP *innovantes* et n'ayant pas participé à l'ENMR, les professionnels ont moins bien intégré la logique contractuelle et les procédures de rationalisation. Elles allouent les NMR à la rémunération du temps de coordination et de management ainsi qu'à l'achat de matériel, mais ne s'en servent pas pour financer des initiatives comparables à celles développées par les MSP *innovantes*.
- Enfin, la classe 3 regroupe davantage de pôles de santé, dont les tailles et les effectifs de professionnels sont plus importants que ceux des deux classes précédentes. Les outils d'organisation et de coordination y sont très faiblement développés (voire absents) et l'organisation du travail ainsi que la coordination y sont plus informels. Les NMR sont utilisés pour dédommager le temps passé au management de la structure et, dans une plus faible mesure, le temps passé à la coordination. Dans notre cas d'étude, la MSP *résistante* pourrait relever de cette catégorie (bien qu'elle ne soit pas allée jusqu'à la contractualisation au moment de notre enquête et qu'elle ne percevait donc pas les NMR) : les outils d'organisation et de coordination y sont moins développés, ce qui a d'ailleurs bloqué la contractualisation.

L'exercice de typologie comporte toutefois deux écueils majeurs : celui de figer les catégories sans tenir compte des évolutions possibles, et celui de réduire la variété des situations à quelques cas limites. Cela nous invite à prendre plusieurs précautions dans l'analyse, que nous résumerons en trois temps. Premièrement, si les profils types de MSP que nous avons identifiés peuvent être un outil pour comprendre la capacité d'appropriation des procédures de rationalisation à un moment donné du projet, une MSP est susceptible de changer de catégorie au cours du temps. Ainsi la MSP 4 pourrait-elle prochainement s'affirmer comme une MSP *innovante*, qui pourrait développer des initiatives non anticipées par les autorités sanitaires, et la MSP 3 a-t-elle finalement signé l'ACI. Deuxièmement, des MSP que nous identifions comme représentatives du même profil type ne sont pas nécessairement similaires point par point.

Autrement dit, il existe des variations possibles autour d'un même thème, comme nous l'avons montré avec les MSP 1, 4 et 5. Troisièmement, et c'est ici un corollaire du point précédent, la différenciation des MSP en profils types ne doit pas masquer les points de convergence possibles. Rappelons par exemple que les professionnels de la MSP 3 (*résistante*), n'étaient pas les seuls à ne pas avoir mis en œuvre toutes les procédures de l'ACI et que ceux des MSP 1 et 5 (*conformes*) rencontraient des difficultés similaires.

Conclusion du chapitre : Vers une homogénéisation des MSP ?

L'exercice de typologie auquel nous nous sommes prêtés dans ce chapitre ne doit pas nous dispenser de poser la question de la convergence entre MSP, voire même de la possible homogénéisation de ces organisations : plusieurs professionnels que nous avons rencontrés en entretien ont d'ailleurs partagé leur souci de ne pas devenir le « *copié-collé* » d'une autre structure et de développer des actions qui correspondent à ce qu'ils veulent et peuvent faire localement. Or le cas des MSP *innovantes* nous amène à nous interroger : le fait que les initiatives développées localement par les professionnels de ces structures soient portées en exemple par les ARS ainsi que par la FFMPS et soient, pour certaines, formalisées dans des protocoles qui pourraient être proposés à d'autres structures, n'est-il pas susceptible de contribuer à une homogénéisation des pratiques dans ces organisations et des organisations elles-mêmes ? Cette question fait écho aux travaux de Paul DiMaggio et Walter Powell (DiMaggio et Powell, 1983) sur la diffusion des changements institutionnels. Ces auteurs se sont en effet intéressés aux raisons de l'homogénéité des organisations dans un champ et l'ont expliqué par un processus d'isomorphisme, qui peut prendre trois formes : l'« *isomorphisme coercitif* » désigne l'homogénéisation du fait de pressions exercées par l'État (ou par d'autres organisations) ; l'« *isomorphisme normatif* » résulte de l'adoption de normes professionnelles édictées par certains groupes référents dans le champ ; et enfin l'« *isomorphisme mimétique* » renvoie à une tendance des organisations à imiter celle considérées comme les plus légitimes ou ayant le plus de succès. Nous retrouvons bien, dans notre cas d'étude, les deux premiers mécanismes, qualifiés de coercitif et normatif par les auteurs[1] : quand les autorités publiques

[1] Concernant la pression exercée par l'État, insistons cependant de nouveau sur le fait qu'elle prend une forme incitative et non coercitive dans notre cas d'étude.

d'un côté, et une fédération professionnelle de l'autre (la FFMPS), cherchent à intégrer certaines pratiques innovantes développées par des professionnels *pionniers* dans le cadre commun de la contractualisation, elles participent bien à institutionnaliser de nouvelles normes de pratiques. Mais la question est de savoir si ces pratiques, une fois institutionnalisées, vont parvenir à se diffuser parmi les professionnels des MSP. Une forme de mimétisme entre professionnels n'est pas à exclure : en effet, nous avons vu dans le chapitre 2 que certains professionnels étaient soucieux de ne pas se marginaliser par rapport aux autres MSP. Mais au regard de la capacité des professionnels des MSP à utiliser la contractualisation pour servir leurs propres intérêts, nous faisons l'hypothèse que si des nouvelles pratiques professionnelles s'exportent dans d'autres MSP, elles connaîtrons probablement un processus d'adaptation au cours de leur diffusion (Ansari, Fiss et Zajac, 2010), au même titre que les procédures imposées initialement par les autorités publiques à travers la contractualisation.

Chapitre 4 – Des médecins *leaders* de MSP… et de la réforme des soins primaires

> « *Moi, personnellement, je suis plutôt un bon suiveur qu'une tête pensante. Alors que T., il y passe beaucoup de son temps libre. C'est vraiment un moteur.* »
> Médecin généraliste en MSP

Dans le chapitre 3, nous avons analysé les facteurs déterminants qui permettent selon nous d'expliquer les différentes expériences du processus de rationalisation en MSP et, ainsi, les déclinaisons locales de l'instrument MSP lui-même au cours de sa mise en œuvre. Nous avons montré que ces expériences contrastées s'expliquaient à la fois par le contexte de chaque projet de MSP et par le rôle que jouaient certains médecins généralistes à l'origine de cette entreprise de transformation des pratiques. Nous avons constaté que ces médecins n'avaient pas tous la même capacité à susciter l'adhésion de leurs collègues, sans toutefois en identifier les raisons à ce stade. Certains médecins porteurs s'affirment en effet comme « *leaders* » ou « *moteurs* » des MSP, pour reprendre les termes employés par les interviewés eux-mêmes : ils sont reconnus pour leur investissement hors normes dans le projet et leur persévérance face aux difficultés administratives ou politiques (car il s'agit notamment de convaincre les représentants de l'ARS et de la CPAM ainsi que les élus de soutenir le projet) et en arrivent à incarner les MSP, à la fois aux yeux des professionnels de santé et aux yeux des partenaires extérieurs. D'autres, au contraire, ne parviennent pas à emporter l'adhésion de leurs collègues et à asseoir leur légitimité dans ce rôle de *leader*. Ce chapitre se propose précisément de considérer le rôle des médecins porteurs de projet de MSP et d'analyser les fondements de leur pouvoir : Quels sont les profils et les motivations de ces médecins à s'impliquer dans ces projets ? Quelles contraintes rencontrent-ils dans leur entreprise de transformation des pratiques et quelles sont leurs ressources pour y répondre ? Finalement, comment expliquer que seuls certains médecins porteurs parviennent à s'affirmer comme *leaders* ?

Revenons avant toute chose sur le choix des termes « *porteur* » et « *leader* ». Dans le chapitre précédent, nous avons qualifié les médecins de « *porteurs* » car ce terme – en plus d'être employé par les interviewés – caractérise bien selon nous l'activité de ces médecins qui *portent* les projets de MSP, parfois « *à bout de bras* » (pour reprendre l'expression d'un médecin de la MSP 3 sur lesquels nous reviendrons dans ce chapitre) : ce sont eux qui

mobilisent les autres professionnels au démarrage du projet (et parfois les sensibilisent à l'exercice en MSP qu'ils ne connaissent pas), qui s'impliquent le plus dans l'élaboration du projet de santé et du projet immobilier, qui se chargent de l'essentiel des démarches administratives et qui défendent le projet devant les partenaires locaux (l'ARS et la CPAM ainsi que les collectivités territoriales). Une fois la MSP ouverte, l'investissement de ces médecins porteurs ne faiblit pas : en plus de leur activité de soins, ils assurent une part importante des tâches que recouvre la fonction de coordination prévue dans l'ACI : organisation et animation des réunions, élaboration du rapport d'activité, lien avec l'ARS et la CPAM dans le cadre de l'ACI, etc. Nous allons voir qu'ils ne sont toutefois pas seuls à assumer ces activités que nous avons qualifiées d'« *organisationnelles* » (voir chapitre 2) et sont secondés par d'autres professionnels de la MSP ou une personne extérieure recrutée spécifiquement pour assurer la fonction de coordination. Quant au terme de « *leader* », il est parfois employé par les professionnels de santé et par les partenaires de la MSP pour désigner certains de ces médecins porteurs et traduit plus spécifiquement leur capacité à entraîner le reste du groupe et à représenter, voire à incarner, les MSP pour l'extérieur. Il n'est toutefois pas attribué à tous les médecins porteurs de MSP : nous ne l'avons entendu en entretiens que pour désigner les médecins porteurs des MSP 2, 4 et 6 (qui correspondent aux profils types des MSP *innovantes* et *conformes*, voir chapitre 3). Le terme *leader* est souvent utilisé au singulier, comme le remarque également François-Xavier Schweyer dans son étude sur les coordinateurs de MSP, ce qui revient à « [assimiler] *implicitement* (…) *le leadership à une personne, homme et médecin dans la plupart des cas* » (Schweyer, 2019b, p. 45). Notons toutefois que, dans notre échantillon, l'un des médecins leaders est une femme[1] et que le *leadership* médical peut être collectif, nous y reviendrons. Cette conception du *leader*, véhiculée par les professionnels que nous avons rencontrés en MSP, fait écho au concept de domination charismatique de Max Weber[2], qui repose sur le caractère exceptionnel que l'on reconnaît à un chef (« *Führer »* en Allemand, pour lequel l'auteur propose le dérivé « *Führertum* » qui peut être traduit en anglais

---

[1] Nous rappelons toutefois que dans le souci de garantir l'anonymat des structures et des professionnels rencontrés au cours de notre enquête, nous avons fait le choix de masculiniser tous les professionnels. Le genre des médecins porteurs n'apparaîtra donc pas dans ce chapitre.

[2] Dans son ouvrage *Économie et société* (Weber, 1978 [1922]), Max Weber identifie trois modes de domination légitimes : la domination traditionnelle (qui repose sur une transmission de l'autorité au sein d'une lignée ou d'un groupe d'appartenance), la domination rationnelle-légale (qui repose sur un système d'autorité hiérarchique régi par des règles formelles) et la domination charismatique (qui repose sur le caractère exceptionnel, voire héroïque, d'un individu).

par *leadership*) auquel les autres individus acceptent de s'en remettre. Le questionnement sur le *leadership* et la figure du *leader* a donné lieu à de nombreux travaux dans différentes disciplines, en management, mais aussi dans les sciences administratives, la science politique, la sociologie, l'histoire ou la psychologie. Notre objectif dans ce chapitre n'est pas de passer en revue ces théories du *leadership*[1] mais de comprendre pourquoi seuls certains médecins porteurs de projets de MSP sont reconnus dans un rôle de *leaders* et ce que cela implique au niveau de leur identité mais aussi du processus de rationalisation qu'ils portent.

La notion d'« *entrepreneur* » peut ici aussi[2] être utile pour analyser le positionnement de ces médecins généralistes porteurs de projets ainsi que leurs contraintes et leurs ressources pour mener à bien cette entreprise de rationalisation des pratiques. Henri Bergeron, Patrick Castel et Etienne Nouguez (Bergeron, Castel et Nouguez, 2013) rappellent que la figure de l'« *entrepreneur* » et son rôle dans le changement ou le maintien de l'ordre social ont intéressé différents courants sociologiques[3] et proposent une nouvelle figure d'« *entrepreneur-frontière* ». Puisant dans ces différents travaux, les auteurs insistent de nouveau sur la position marginale ou frontalière de l'entrepreneur, ses ressources ainsi que son encastrement dans un collectif. L'apport de leur notion d'entrepreneur-frontière réside ailleurs : elle appelle à considérer le rôle des autres acteurs en relation avec l'entrepreneur, qui ne sont pas simplement passifs. Leurs comportements, leur manière de se représenter l'entrepreneur et de le mobiliser ont des effets sur l'entrepreneur lui-même. En d'autres termes, l'entrepreneur est lui-même

[1] Pour des revues de littérature, on pourra se reporter à : (Bergeron, 2018 ; Yulk, 1989).

[2] Nous avons en effet déjà mobilisé cette notion dans le premier chapitre, pour considérer le rôle des « *médecins entrepreneurs* » que l'on retrouve dans les rangs de la FFMPS et qui font la promotion des MSP (Hassenteufel et al., 2020 ; Vezinat, 2019, 2020).

[3] Ces auteurs proposent une revue de littérature sur la figure de l'entrepreneur dans différents courants sociologiques, notamment en sciences politique où il a été désigné « *médiateur* » (Jobert et Muller, 1987 ; Muller, 2018) ou « *acteur intermédiaire* » (Nay et Smith, 2002) ; en sociologie économique où il est considéré comme un « *recombinateur* » (Padgett et Powell, 2012 ; Stark, 1996) ; en sociologie de l'action publique avec l'« *entrepreneur de morale* » d'Howard Becker (Becker, 1985), l'« *entrepreneur de cause* » ou l'« *entrepreneur de politique publique* » (Kingdon, 1984) ; en sociologie des sciences en tant qu'« *intermédiaire* » ou « *médiateur* » (Callon, 1986 ; Latour, 1984), dans le courant néo-institutionnaliste en tant qu'« *entrepreneur institutionnel* » (DiMaggio, 1988 ; Eisenstadt, 1980) ou simplement « *entrepreneur* » (Beckert, 1999 ; Fligstein, 2001 ; Fligstein et McAdam, 2011 ; Greenwood et Suddaby, 2006 ; Lawrence et Suddaby, 2006) et en sociologie des organisations avec la figure du « *marginal-sécant* » (Crozier et Friedberg, 1977). Ils remarquent que deux grands types d'entrepreneurs émergent de ces travaux : l'entrepreneur « *passeur* » ou « *intermédiaire* » qui fait circuler des idées et des pratiques sans les modifier, et l'entrepreneur « *traducteur* » qui joue un rôle de traduction ou de transformation en recombinant des éléments anciens et nouveaux.

« *entrepris* » (Bergeron, Castel et Nouguez, 2013, p. 267). Cette nouvelle perspective donne matière à penser pour notre analyse et nous allons voir dans ce chapitre comment les médecins porteurs de projets de MSP sont entrepris ou instrumentalisés à la fois par les autorités sanitaires et par leurs collègues en MSP.

L'argument de ce chapitre peut se résumer en deux temps. Premièrement, nous soutenons qu'en acceptant de porter l'essentiel du coût de la rationalisation pour l'ensemble du groupe pluriprofessionnel, les médecins porteurs de MSP parviennent à négocier l'adhésion de leurs collègues, qui sont attirés par ce nouveau mode d'exercice mais ne sont pas prêts à s'investir dans les nouvelles activités organisationnelles à la même hauteur qu'eux. Deuxièmement, nous montrons que ces médecins n'ont pas tous les mêmes ressources pour faire face aux contraintes que suppose un tel engagement et identifions deux types de ressources : le réseau de relations qu'ils sont parvenus à tisser au cours de leur carrière, et des savoirs et savoir-faire organisationnels qui dépassent leurs compétences professionnelles et sont indispensables à la conduite du projet de MSP. Ces ressources sont au fondement du pouvoir des médecins porteurs qui s'affirment comme *leaders* dans les MSP et leur permettent d'induire de l'action collective. Ce faisant, nous cherchons de nouveau dans ce chapitre à nous défaire d'une lecture qui opposerait de manière binaire profession et rationalisation, comme expliqué dans l'introduction de cette thèse. Alors qu'une partie de la littérature sur le sujet conclut à la transformation des médecins en bureaucrates ou managers, dans la mesure où leur activité répondrait de plus en plus à des règles définies en dehors de la profession médicale (Ritzer et Walczak, 1988) et qu'ils deviendraient des agents de mise en œuvre des réformes néo-managériales dans leurs organisations (Belorgey, 2010 ; Pierru, 2012a, 2013), nous constatons au contraire que les médecins porteurs de projets de MSP parviennent à ménager leur rôle professionnel de médecins tout en développant un nouveau rôle organisationnel : les activités organisationnelles que l'exercice en MSP implique n'éloignent pas les médecins de leurs activités de soins mais s'y ajoutent. Cela contribue selon nous à leur forger une figure hybride de « *professionnel organisateur* » dont on trouve des variantes notamment dans les travaux de Roy Suddaby et Royston Greenwood, de Julia Evetts, de Mirko Noordegraf ou encore de Patrick Castel (Castel, 2020 ; Evetts, 2003, 2011a ; Noordegraaf, 2007, 2011 ; Suddaby et Greenwood, 2001).

Ce chapitre se divise en trois parties. Dans la première (A), nous reviendrons sur le profil des médecins porteurs de projets de MSP et chercherons à comprendre leurs motivations à s'engager dans ce type de projet. Dans la deuxième partie (B), nous allons voir que les médecins

porteurs rencontrent tous les mêmes contraintes dans leur entreprise et, dans la troisième et dernière partie (C), nous verrons que leur capacité à répondre à ces contraintes varie d'un médecin à l'autre du fait des ressources qu'ils peuvent mobiliser. En conclusion, nous ferons le lien entre la présence d'un médecin *leader* et le profil de MSP, suivant la typologie que nous avons proposée dans le chapitre 3, et insisterons de nouveau sur l'importance de resituer les trajectoires individuelles dans le contexte organisationnel, dans la mesure où celui-ci détermine précisément les contraintes et les ressources des médecins porteurs de projets.

A - Des médecins « *visionnaires* »

Lors du séminaire interdisciplinaire sur les soins primaires que nous avons organisé avec la Chaire Santé de Sciences Po en 2018 (Bergeron et Moyal, 2019), nous avons noté la volonté de la FFMPS de montrer que des professionnels paramédicaux pouvaient être à l'initiative de projets de MSP et particulièrement investis dans le portage de ces projets : en atteste notamment le choix du président de la fédération (pour sa part médecin généraliste) de faire intervenir en tant que porte-paroles un infirmier et une pharmacienne, tous deux membres de la fédération et très impliqués dans des projets de MSP sur leurs territoires. Sur notre terrain d'enquête, toutefois, force est de constater qu'un médecin généraliste est à chaque fois à l'origine du projet de MSP. Si ces médecins ont été accompagnés par d'autres professionnels médicaux et paramédicaux dans la réalisation de certaines tâches administratives et logistiques nécessaires à l'élaboration du projet et au fonctionnement de la MSP une fois ouverte, ils restent les chevilles ouvrières de ces projets.

Au-delà de cette appartenance professionnelle, nous avons cherché à comprendre ce qui rassemblait ces médecins généralistes qui décident de s'impliquer dans ce type de projet. Nous avons découvert qu'ils partageaient une même conception ou « *vision* » de leur profession et de l'organisation des soins, en rupture avec la culture libérale traditionnelle (1) et avons identifié deux facteurs susceptibles d'expliquer cette conception partagée : l'appartenance syndicale et l'avancement dans la carrière (2).

1) Une nouvelle conception de la médecine libérale

Exceptée le médecin à l'origine du projet de la MSP 3, tous les porteurs de projets ont fait l'apologie de l'exercice en MSP, considéré comme une solution d'« *avenir* » qui permettrait selon eux d'améliorer non seulement leurs propres conditions d'exercice mais aussi l'offre de soins pour la population. En entretien, ils ont ainsi mis en avant une certaine conception de la médecine et plus largement des soins, caractérisée par ses dimensions collective, pluriprofessionnelle et contractuelle.

Les MSP, une solution d'« *avenir* » pour améliorer les conditions d'exercice et l'offre de soins pour la population

Lors de nos entretiens, les médecins généralistes porteurs des MSP 1, 2, 4, 5 et 6 ont tous plaidé en faveur des MSP : ces nouvelles organisations représentaient selon eux l'« *avenir* » (terme revenu à maintes reprises) de la médecine de ville, un « *rêve* » même pour certains, par rapport à ce qu'ils avaient connu eux-mêmes au moment de leur installation et qui ne correspondait plus selon eux aux aspirations des plus jeunes. Les médecins porteurs de projets, presque tous en fin de carrière, soulignent en effet avoir souffert de leur rythme de travail, du sentiment d'être « *corvéables* » et isolés pour faire face aux besoins des patients, et des difficultés de coordination et de suivi des patients avec les autres professionnels. Or ils soulignent que ces conditions de travail ont des implications sur la qualité des prises en charge : la surcharge de travail implique une réduction du temps et de l'attention consacrés aux patients, et le manque de coordination peut conduire à des difficultés pour les patients eux-mêmes au cours de leurs parcours (doublons d'examens, avis contradictoires...). Ces médecins généralistes ont vu dans les MSP le moyen d'améliorer ces modalités d'exercice, en n'étant plus seuls pour faire face à cette charge de travail et, du même coup, de proposer des conditions plus attractives pour les jeunes médecins généralistes (voir chapitre 2).

Nous retranscrivons ci-dessous des extraits d'entretiens avec les médecins porteurs des MSP 1, 2, 5 et 6 qui traduisent cette conception partagée de l'évolution de la médecine de ville. Notons que tous disent avoir développé cette conception au cours de leurs propres expériences de terrain et n'ont pas eu à être convaincus par les autorités sanitaires du bienfondé des MSP :

> *« Je pense que **c'est l'avenir**. Moi, au tout début, il y a 35 ans, quand je me suis installé, j'avais déjà envie de faire ça. Mais le Conseil de l'Ordre m'a dit que c'était pas possible, que ça*

n'existait pas. Et maintenait, bah ils viennent nous chercher ! Et en fait, c'est ce que j'ai dit le jour de l'inauguration [de la MSP]*, moi j'avais un rêve il y a 30 ans, c'était de faire ça. Et* ***ce rêve est devenu réalité*** *aujourd'hui. C'est génial ! Alors après, il y aura maison de santé et maison de santé. Tu reçois des plaquettes où on te propose des locaux très beaux, où on peut être 20 professionnels, où c'est un loyer individuel… Mais en fait, c'est souvent des juxtapositions de cabinets. Eux, ils n'auront jamais droit aux NMR, ce qui me paraît normal parce qu'il n'y a pas de travail cohérent d'équipe. C'est la mode, tout le monde le fait, tout s'appelle "maison de santé"* (…)*. Mais n'empêche que,* ***les jeunes ne s'installeront que dans des structures comme ça, à mon avis.*** *Et d'ailleurs, s'il y a autant d'argent investi c'est parce qu'ils* [les pouvoirs publics] *pensent que c'est la réalité de ce qu'il va se passer.* ***C'est l'avenir****. »* (Médecin généraliste porteur du projet de la MSP 1)

*

« J'étais à la fac de S., dans les années 1970. Avec d'autres, on a occupé la fac ensemble, au moment des grandes grèves. C'était le début du numerus clausus et tout ça. Grandes discussions en amphi, sur l'avenir de la médecine, sur à quoi on sert... Et j'ai rencontré le docteur S., du nom de cette maison de santé et on est devenus amis. ***On avait la même vision : ne pas travailler seul mais en groupe.*** *Il s'est installé ici en 1981, je l'ai d'abord remplacé puis on s'est associés. Après on était trois et, en 2000, on était quatre. Avec de la formation continue, beaucoup d'échanges, des stagiaires… Donc on avait déjà* ***cette vision de la médecine générale****. Et en 2007, on a commencé à se dire qu'il fallait autre chose, qu'il fallait voir encore plus loin. On a contacté aussi des paramédicaux, des kinés, des infirmiers… Et on a commencé à réfléchir ensemble à un projet de santé et à écrire quelque chose. On a toujours eu* ***cette vision****. Parce que* ***c'est l'évolution****,* ***c'est l'avenir****. Le problème c'est qu'on a trop d'envies, trop de projets, mais pas toujours le temps pour les mener. »* (Médecin généraliste porteur du projet de la MSP 2).

*

« Lui [le directeur de l'hôpital]*, il voulait qu'on fasse un projet ensemble, ville et hôpital. Il est venu me voir. Notre cabinet médical était tout neuf, mais j'ai réfléchi. Et je me suis dit que c'était une bonne idée, qu'on pourrait rapprocher la ville et l'hôpital et développer l'exercice de ville. Et je lui ai dit « Banco ! Si on bossait ensemble ? » C'était Monsieur G., qui est directeur maintenant à O. C'était un* ***stratège****, un* ***utopiste****, Monsieur G. Et on a bossé ensemble là-dessus,* ***on voulait en faire un projet pilote****. C'était à l'époque des URCAM*[1]*. Les ARS n'existaient même pas et* ***on ne parlait pas de maisons de santé*** *à l'époque. Et donc à ce moment-là, on est allés plusieurs fois dans les URCAM et* ***ils nous prenaient pour des martiens****. Vous imaginez, on récupérait la manne des charges sociales et on l'exploitait nous-même. C'était un grand délire. On a bossé là-dessus. On a bossé sur le projet avec un cabinet d'étude. »* (Médecin généraliste porteur du projet de la MSP 5)

*

Interviewé : *« J'étais totalement persuadé qu'****il fallait qu'on change radicalement de mode d'exercice****. Voire même* ***redéfinir complètement le référentiel du médecin généraliste****, que je pratiquais à l'époque. Parce que quand moi je suis arrivé en 85, je suis rentré le nez dans le guidon, à faire ce que faisaient mes prédécesseurs. Et petit à petit, je me suis aperçu que non seulement ça n'intéressait pas, mais* ***ça faisait fuir les jeunes professionnels****. Et qu'****il fallait***

[1] Créées par les ordonnances dites Juppé de 1996, les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) regroupaient dans chaque région les caisses d'assurance maladie des trois grands régimes sociaux : caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), caisses du régime social des indépendants (RSI) et les caisses de la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Les URCAM ont été dissoutes par la loi HPST de 2009 et leurs missions ont été transférées aux ARS.

donc redéfinir les choses. *Et puis j'étais lassé de cette pratique de la médecine où je ne voyais pas le jour. Je commençais le matin à 8h, je terminais le soir à 22h, je voyais mes enfants un petit peu comme je pouvais, ma femme c'était pareil. Mais j'ai eu de la chance, je fais partie des rares confrères qui ont gardé leurs épouses du début jusqu'à la fin* (rire). ***C'était un fonctionnement où on était corvéables à merci et ça ne satisfaisait plus personne.*** *»*

Enquêtrice : *« Et c'est ça qui vous a fait vous dire qu'il fallait changer les choses et vous regrouper ? »*

Interviewé : *« Alors en 2002, je m'en rappelle très bien, je faisais des visites à domicile, j'en faisais énormément, et un jour j'avais un peu plus de temps, je me suis arrêté à la mairie et je suis rentré dans le bureau du maire. Je lui ai demandé s'il avait 5 minutes à m'accorder et je lui ai dit : « Ça fait 15 ans, que je suis installé dans le village, je vois passer les internes et je suis certain que le jour où je déciderai de partir, personne ne s'installera.* ***Faut qu'on réfléchisse tous ensemble, avec tous les professionnels de santé, à l'offre que l'on peut donner à la population*** *». Ça s'est un peu passé comme ça. Et les élus m'ont dit : « Écoutez docteur, nous, on est prêts à vous aider ». Tout de suite, ils ont mis la condition, qui moi m'allait tout à fait puisque* ***c'était déjà comme ça que je voyais les choses****, que la discussion devait être ouverte à l'ensemble des professionnels qui étaient sur la commune. Et donc très rapidement, on a mis en place une première réunion avec les infirmiers, un kiné et l'autre médecin qui travaillait sur la commune. Pour voir un petit peu quels étaient les besoins des uns et des autres, les questionnements que chacun avait sur son travail, etcetera. On s'est rendu compte que la galère chez les médecins, elle était la même chez les infirmiers ou les kinés. Et au fur et à mesure, les discussions ont pris un peu plus de sens, et puis on est arrivés au constat que ce qui était important, c'était de travailler ensemble. On n'était pas encore du tout dans un projet de santé tel qu'il est dessiné aujourd'hui dans les maisons de santé. Mais l'idée était déjà de travailler tous ensemble. »* (Médecin généraliste porteur du projet de la MSP 6)

Le discours du médecin porteur de la MSP 3 diffère toutefois de celui de ses homologues : en entretien, il n'a en effet pas cherché à défendre une certaine conception de la médecine mais a en revanche répété sa préoccupation d'attirer des médecins généralistes pour faire face à la surcharge de travail (soulignons que cette préoccupation est partagée par les médecins porteurs des autres MSP). Elle a ainsi vu le projet de MSP (suggéré par l'ARS, rappelons-le) davantage comme le moyen d'atteindre cet objectif que comme un projet d'évolution du mode d'exercice en tant que tel. Ce médecin affirmait toutefois avoir été convaincu de l'intérêt de l'exercice pluriprofessionnel, notamment des protocoles permettant de déléguer certaines tâches aux professionnels paramédicaux afin de récupérer du temps médical. Il n'était donc pas opposé à ce nouveau mode d'exercice, bien qu'il n'en ait pas fait la promotion comme ses confrères et que ce ne soit pas la raison initiale de son engagement.

Une conception collective, pluriprofessionnelle et contractuelle de la médecine libérale

Cette vision de la médecine générale défendue par les médecins généralistes porteurs de MSP est, selon nous, en rupture avec la conception traditionnelle de la médecine libérale, et ce à deux égards. Premièrement, ces médecins partagent une conception collective et pluriprofessionnelle des soins, à rebours de l'approche individualiste et médico-centrée qui prévaudrait au sein de la profession et qui serait encore inculquée à la faculté de médecine, d'après les médecins porteurs. Ces médecins rejettent en effet l'image du colloque singulier entre le médecin et son patient et défendent un modèle d'exercice « *en équipe* » et plus égalitaire avec les autres professionnels de santé, à l'image des deux médecins porteurs des MSP 4 et 6 cités ci-dessous :

> *« Je pense qu'une des raisons du burnout médical, c'est la solitude. Parce qu'* ***on fonctionne comme on nous a appris à fonctionner pendant nos études et on n'a jamais appris à fonctionner en équipe****. Donc c'est des changements de mode de fonctionnement, avec la contradiction, enfin plutôt l'enjeu, qui est qu'on continue d'être payés à l'acte. Et donc* ***le paiement à l'acte ne favorise pas le temps collectif****. Alors que je pense que* ***l'intelligence collective émerge du temps passé ensemble, à réfléchir ensemble****. Nous, on l'a vu ici. Au fur et à mesure de notre rodage,* ***on s'est aperçus que lorsqu'on avait des regards croisés sur des patients, on avait beaucoup plus d'intelligence.*** *»* (Médecin généraliste porteur du projet de la MSP 4)

*

> *« Je pense qu'il faut comprendre* ***les évolutions du métier de médecin généraliste****. On se bat justement aujourd'hui avec* ***les internes qui sont formatés pendant des années au biomédical****, pour leur faire intégrer le côté social du patient. En leur disant que c'est un tout et que s'ils ne prennent en compte qu'une partie de l'individu, ils ne règleront rien. Et qu'* ***ils ne règlent rien seuls, surtout****. Quelque part,* ***on a tous des champs de compétences différents, le médecin, l'infirmière, le kiné, l'aide-soignante qui va faire la toilette du patient… Mais on est tous au même niveau, autour du patient.*** *Et le patient il doit être au milieu. Après, moi* ***j'ai toujours vu un peu la médecine comme ça, comme un travail d'équipe et pas un travail solitaire entre quatre murs****. Et ça, ça va dans le sens de l'évolution de l'enseignement de la médecine générale à la fac, même si on en est loin encore. Vraiment, je les trouve encore très formatés au biomédical, on ne leur montre pas assez le reste ni le travail en équipe… »* (Médecin généraliste porteur du projet de la MSP 6).

Deuxièmement, ces médecins sont prêts à s'ouvrir à une logique contractuelle et redevable vis-à-vis des autorités sanitaires, qui vient pourtant remettre en question un certain « *idéal libéral* » (Bloy, 2010, p. 26) de la profession médicale (voir chapitre 2). Ces observations viennent confirmer l'analyse de l'Irdes (évoquée dans le premier chapitre) qui identifie deux « *cultures* » ou « *logiques* » professionnelles qui s'articulent en MSP : d'un côté,

la « *culture individuelle autonome* », qui se caractérise par un exercice monoprofessionnel (en cabinet seul ou de groupe monoprofessionnel) régulé à travers les conventions avec l'Assurance Maladie et reposant sur un système de rémunérations individuelles ; et, de l'autre, la « *culture collective contractuelle* », qui se caractérise par un exercice pluriprofessionnel régulé à travers un système contractuel avec l'Assurance Maladie et l'État et reposant sur un système de rémunérations mixtes (à la fois individuelles et collectives) (Frattini, Fournier et Naiditch, 2014, p. 30). Bien que tous les professionnels exerçant dans les MSP de notre échantillon ne revendiquent pas explicitement cette culture collective, pluriprofessionnelle et contractuelle, nous constatons que les médecins généralistes à l'origine de chacun des projets de MSP en font explicitement la promotion auprès des autres professionnels de leurs territoires (ou, *a minima*, y sont ouverts pour le médecin porteur de la MSP 3). Comment expliquer qu'ils défendent cette nouvelle conception de la médecine de ville ? Nous identifions des similitudes dans les trajectoires des médecins porteurs qui permettent selon nous de comprendre cet engagement particulier.

2) Appartenance syndicale et avancement dans la carrière

Après avoir identifié une conception partagée de la profession médicale et, plus largement, des évolutions du système de santé, nous avons cherché à comprendre ce qui pouvait expliquer cet engagement dans les trajectoires des médecins généralistes. Nous avons rapidement compris que la formation et la socialisation professionnelle à la faculté de médecine n'étaient pas déterminantes dans l'émergence de cette nouvelle culture professionnelle, contrairement à ce qu'ont pu observer les auteurs fonctionnalistes qui se sont intéressés à la profession médicale[1]. En effet, si les internes actuels sont peu sensibilisés à l'exercice pluriprofessionnel (comme le regrettait le médecin porteur de la MSP 6 dans l'extrait d'entretien rapporté ci-dessus), cela était encore moins le cas au moment de la formation des médecins porteurs de projets, dans les années 1970 et 1980. Nous identifions en revanche deux

[1] Les auteurs fonctionnalistes qui se sont intéressés à la profession médicale soulignaient pour leur part l'importance de la socialisation professionnelle pendant les études de médecine dans l'émergence de valeurs et de normes partagées (Carr-Saunders et Wilson, 1933 ; Merton, Reader et Kendall, 1957 ; Parsons, 1939, 1951).

caractéristiques communes à la plupart des porteurs de projets : la même appartenance syndicale (ou *a minima* une sympathie) et l'avancement dans la carrière.

Des médecins adhérents MG France

Dans le premier chapitre, nous avons expliqué que les pionniers des MSP et notamment les fondateurs de la FFMPS se retrouvaient dans les rangs du syndicat MG France, qui défend une conception de l'exercice en médecine libérale à plusieurs égards différente de celle défendue par les autres principaux syndicats médicaux (même si un rapprochement avec la CSMF, et plus particulièrement sa branche Médecins Généralistes, s'est opéré au fil des années). MG France propose en effet depuis les années 1980 d'explorer de nouvelles modalités de rémunération (collectives et forfaitaires) et de nouvelles formes d'exercice (notamment pluriprofessionnelle) qui viennent questionner certains des principes de la charte de la médecine libérale de 1927, notamment le paiement direct par le patient (cf. encadré 5 du chapitre 1).

Nous observons bien ce tropisme politique au sein de notre échantillon. Tous les médecins porteurs de projets sont adhérents ou sympathisants MG France et deux d'entre eux ont des responsabilités au sein de cette organisation : le médecin porteur de la MSP 2 est investi dans les actions de formation proposées par MG Form (organisme de Développement Professionnel Continu[1] associé à MG France), et un médecin de la MSP 4 a des responsabilités dans le bureau départemental du syndicat (il ne s'agit pas du médecin à l'origine du projet de MSP mais d'un autre médecin qui s'est particulièrement investi à ses côtés dès le démarrage du projet – nous verrons plus loin que quatre médecins portent collectivement le projet de cette MSP). Ces professionnels relaient en entretien la vision de la médecine générale portée par MG France, à l'image de ce médecin de la MSP 4, qui voit la MSP comme un terrain d'expression de ces valeurs :

> *« **Les évolutions du métier viennent des professionnels et cette force qu'ont les libéraux d'améliorer leurs pratiques**. Il n'y a pas besoin de l'État pour le faire. Les solutions ne peuvent pas venir des administratifs, ça viendra des professionnels qui révolutionneront leur façon de travailler. Et c'est vrai pour les artisans, pour tous les corps de métiers d'ailleurs. Mais je pense que **les médecins doivent proposer une solution pérenne pour l'offre de soins, et que le***

---

[1] Le Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif de formation introduit par la loi HPST de 2009 (qui a remplacé le dispositif précédent de la Formation Professionnelle Continue, FPC). Le DPC est une obligation pour chaque professionnel et a pour objectifs l'évaluation et l'amélioration des pratiques ainsi que l'actualisation des connaissances et des compétences.

politique doit soutenir les bonnes initiatives. Et je pense que ***la FFMPS et les syndicats comme MG France ont une vision du métier qui, pour moi, est la bonne*** *: l'amélioration des pratiques, la prise en charge collective et pluriprofessionnelle autour du patient...* ***Je pense que y'a des moteurs dans notre profession, qui impulsent une vision de la médecine.*** *On adhère ou on n'adhère pas. Moi j'adhère et je suis syndiqué MG France d'ailleurs, et adhérent à la fédération. Et* ***je m'engage ici à faire évoluer les choses****. »* (Médecin généraliste porteur de projet dans la MSP 4)

Nous partageons ainsi le constat de Nadège Vezinat, qui observe dans son analyse des « *pionniers* » de la FFMPS que la socialisation politique ou syndicale de ces médecins généralistes, notamment du fait de leur proximité avec MG France, participe à « *orienter le sens du travail et des carrières, jusqu'à conduire certains à vouloir exercer autrement* » (Vezinat, 2019), et à vouloir convaincre d'autres professionnels de les suivre dans ce mouvement.

Des médecins avancés dans leur carrière

Autre point commun de ces médecins porteurs de projets, ils sont presque tous en fin de carrière. Nous relevons deux exceptions : le médecin à l'initiative de la MSP 3 et l'un des quatre médecins porteurs de la MSP 4. Or, ces médecins en fin de carrière justifient précisément leur engagement par leur volonté d'« *assurer la relève* » (expression employée par deux d'entre eux), autrement dit de faire en sorte d'attirer de jeunes médecins avant leur départ à la retraite. Pour ce faire, ils sont prêts à s'investir pour changer les modalités d'exercice dont ils ont eux-mêmes souffert et qui n'attirent pas les jeunes médecins. Mais la MSP n'est pas seulement un moyen d'agir pour la pérennisation de l'offre médicale, c'est également l'occasion de terminer sa carrière sur un beau projet, de laisser un bel « *outil* » – laisser une trace, dirions-nous – pour les générations suivantes comme l'explique le médecin porteur de la MSP 1 :

« ***Mais déjà, pourquoi on a fait tout ça ? Pour qu'il y ait une pérennisation de l'offre de soins.*** *Parce que même les cabinets de groupe comme nous, on était en danger. Quand quelqu'un s'en va, il n'est pas remplacé. Alors que là,* ***le mode de fonctionnement qu'on a attire les jeunes.*** *Pourquoi ? Parce qu'ici, on peut prendre des congés quand on veut, parce qu'il y a toujours quelqu'un, parce qu'on peut échanger... Enfin voilà, ça correspond au désir des jeunes. Déjà nous, on n'avait plus envie d'exercer comme ça, comme nos pères, mais encore moins maintenant.* ***Et moi, je suis super content, je vais finir là-dessus, laisser un outil pareil !*** *Pouvoir me dire que* ***quand je vais m'en aller, quelqu'un va prendre la place****, c'est génial !»* (Médecin généraliste porteur de la MSP 1)

Le médecin porteur de la MSP 6 s'inquiète toutefois de voir ses jeunes confrères, qu'il a réussi à attirer dans la MSP (notamment en les prenant dans un premier temps comme assistants en médecine générale, voir chapitre 2), reculer face aux demandes de l'ARS et de la CPAM précisément parce qu'ils n'auraient pas connu les conditions d'exercice qu'il a éprouvées lui-même avec les médecins de sa génération. Parce qu'« [il] *ne* [reviendrait] *jamais au mode d'exercice qu'*[il a] *connu pendant plus de 20 ans* », il serait prêt à des concessions que la nouvelle génération consentirait plus difficilement selon lui : .

> *« Parce que moi, j'ai connu l'avant et j'ai connu l'après. Et* ***je reviendrais jamais au mode que j'ai connu pendant plus de 20 ans****.* ***Aujourd'hui je bénéficie d'une qualité d'exercice professionnel et même, j'ai progressé médicalement****, parce que j'ai plus de temps pour me poser de bonnes questions. J'ai progressé au contact des autres, c'est très clair.* ***Par contre, mes jeunes confrères, eux, ils n'ont pas connu ce que c'était l'exercice d'avant. Ils ont commencé directement dans un exercice qui leur paraît certes avantageux d'un côté, mais avec les contraintes d'un cahier des charges****. J'ai des fois des mouvements d'humeur et ils me disent :* ***« On est quand même des libéraux, on a le choix… »*** *Je leur réponds que oui, mais* ***ils ont fait le choix d'être dans une MSP, avec un cahier des charges et avec des engagements****... Donc des fois, il y a de petites frictions, sur le fonctionnement au quotidien. C'est le sujet le plus épineux, que vous pourrez débattre avec les jeunes médecins qui ne sont pas de ma génération. Mais* ***je comprends mes jeunes confrères, qui sont de plus en plus agacés par la mainmise des pouvoirs publics****, par ces demandes de protocolisation, par plein de choses. Ils se sont dit : « Nous, on s'est installés dans la maison de santé parce qu'on voulait avoir une activité professionnelle qui soit aussi compatible avec notre vie de famille, de couple, avec pas du tout les schémas précédents où, comme toi, tu travaillais de 8h le matin à 22h le soir et t'étais de garde une nuit sur deux. On est venus dans la MSP pour ça, on n'est pas venus pour que l'ARS ou maintenant la CPAM, nous imposent toujours plus de contraintes ». Je le comprends très bien, mais maintenant, je n'ai pas les réponses. Et c'est parce que je n'ai pas les réponses qu'il y a cette espèce de malaise au sein de la structure. Qui fonctionne par ailleurs très bien.* ***Et ils savent d'ailleurs très bien qu'ils ne trouveront pas mieux ailleurs qu'ici****. »* (Médecin généraliste porteur de la MSP 6)

Nous soutenons ainsi qu'une partie de la motivation de ces médecins généralistes à s'engager dans ces projets de MSP, avec toutes les contreparties que ce nouveau mode d'exercice contractuel implique, vient de leur expérience de la médecine libérale. Cela n'exclut pas, pour autant, que de jeunes médecins généralistes puissent porter des projets de MSP, et nous avons d'ailleurs vu des médecins moins avancés dans leur carrière s'impliquer aux côtés de ces porteurs de projets, convaincus eux-mêmes par ce modèle (dans les MSP 4 et 6). Nous avons également rencontré un interne en médecine, alors en stage dans la MSP 4, qui prévoyait de porter un projet de MSP après l'obtention de son diplôme (il était déjà en contact avec plusieurs professionnels intéressés, avait commencé l'élaboration d'un projet de santé et entamé des discussions avec une collectivité territoriale concernant le volet architectural).

L'engagement de ces médecins généralistes dans le portage des MSP n'est cependant pas de tout repos et nous allons voir dans la prochaine partie qu'ils font tous face aux mêmes contraintes.

B - Le « *fardeau* » des médecins porteurs de projet

Quelle que soit la MSP considérée, même les MSP *innovantes* que nous avons identifiées dans le chapitre 2 dans lesquelles l'appropriation des procédures de rationalisation a posé le moins de difficultés, les médecins porteurs de projet témoignent des mêmes difficultés, que nous pouvons résumer en deux points. Premièrement, parce que les médecins porteurs ne peuvent contraindre leurs collègues à s'installer en MSP et à mettre en œuvre les nouvelles procédures de rationalisation qui s'imposent du fait de la contractualisation, ils doivent négocier leur adhésion. Pour ce faire, ils acceptent de porter l'essentiel du poids de la rationalisation pour le groupe. Ils jouent dès lors un rôle d'intermédiaires difficile à tenir, à la fois garants de la mise en œuvre des obligations contractuelles devant les autorités sanitaires et protecteurs de l'autonomie de leurs collègues (1). Deuxièmement, ils rencontrent des difficultés à mener de front leurs activités médicales et les nouvelles activités organisationnelles. Nous constatons de ce fait un risque d'épuisement parmi ces médecins – renforcé par leur isolement dans cette tâche –, ainsi qu'une crainte chez certains de s'éloigner de leur cœur de métier, c'est à dire les soins. Les médecins porteurs parviennent cependant à se défaire de certaines activités organisationnelles qu'ils considèrent les moins nobles en les faisant porter par d'autres et ainsi à trouver un intérêt à conjuguer leurs rôles professionnel et organisationnel (2).

1) Négocier l'adhésion des autres professionnels : des médecins généralistes qui acceptent de porter le coût de la rationalisation pour le groupe

Les professionnels de santé qui font le choix de s'installer en MSP restent attachés à un certain « *idéal libéral* » (Bloy, 2010, p. 26) que Géraldine Bloy décrivait chez les médecins généralistes : celui-ci renvoie à une liberté d'organisation (congés, horaires, etc.) et de décision dans la manière de réaliser les soins, ainsi qu'à une absence de hiérarchie professionnelle et de direction administrative. C'est précisément cette hiérarchie et ces contraintes administratives

que certains professionnels ont fui en décidant de s'installer en libéral (voir chapitre 2), notamment les infirmiers, qui ont tous connu l'hôpital avant d'exercer en MSP[1] et évoquent presque tous en entretien le poids de la hiérarchie professionnelle et administrative, à l'image de ce professionnel :

> *« Pourquoi j'ai voulu m'installer en libéral ? Bah parce qu'* ***après 10 ans à devoir tout justifier à ma cadre de service et aux médecins, j'en ai eu ma claque****. En ville, je peux faire mon métier comme je l'entends,* ***je n'ai de compte à rendre à personne****. Bien-sûr on agit sur prescriptions[2], on discute avec les médecins sur les patients, on n'est pas tout seuls ! Mais je n'ai personne sur mon dos,* ***je suis mon propre patron****. »* (Infirmier, MSP 4)

Dans une structure sans direction administrative, non-hiérarchisée et qui se veut collégiale (comme nous allons le voir dans le chapitre 5), il est dès lors impossible pour les médecins de commander à leurs collègues et d'exiger qu'ils s'investissent au même niveau qu'eux dans les activités organisationnelles accompagnant la signature de l'ACI. Tous les médecins porteurs témoignent ainsi de difficultés à « *faire suivre* » ou « *faire adhérer* » certains de leurs collègues, aussi bien médecins que paramédicaux. Nous avons déjà cité le médecin porteur de la MSP 6 qui se disait très satisfait de son nouveau mode d'exercice en MSP et prêt à en accepter les contreparties (le cahier des charges, les « *engagements* », ...), que ses jeunes confrères avaient pour leur part plus de mal à tolérer. Ce manque d'implication n'est toutefois pas propre aux jeunes médecins : dans les autres MSP de notre échantillon, certains médecins avancés dans leur carrière sont tout aussi réticents à dédier du temps à la mise en œuvre des nouvelles procédures et reconnaissent ouvertement se reposer sur leurs confrères les plus motivés, à l'image de ces deux médecins :

> *« Nous, le reste de l'équipe, on s'adapte aux choses qui sont mises en place. On remplit tel document, on participe aux réunions. Moi, personnellement,* ***je suis plutôt un bon suiveur qu'une tête pensante****. Alors que T.* [médecin porteur du projet]*,* ***il y passe beaucoup de son temps libre****.* ***C'est vraiment un moteur****. D. et H.* [respectivement médecin et psychologue] *s'investissent beaucoup aussi. »* (Médecin généraliste, MSP 2)

---

[1] Conformément à l'article L. 162-12-2 du Code de la sécurité sociale, les infirmiers qui souhaitent s'installer en libéral doivent justifier d'une expérience d'au moins 24 mois (ou 3 200 heures de travail effectif) acquise dans un établissement de santé (clinique ou hôpital, centre hospitalier psychiatrique, centre de soins et établissement militaire, EHPAD, SSIAD, association comme « Médecins du monde ») ou dans un groupement de coopération sanitaire, au cours des six années qui précèdent leur demande d'installation.

[2] Les soins infirmiers doivent faire l'objet de prescriptions médicales. Nous analysons cette relation de prescription dans le chapitre 6, dédié à la division du travail.

*

> *« F.* [médecin porteur] *et B.* [médecin] *sont vraiment* ***moteurs****.* ***Ils prennent beaucoup en charge****, c'est sûr…* ***ils y passent beaucoup de temps****. Et franchement,* ***je ne sais pas comment on va faire quand F. partira à la retraite****. B. ne pourra pas prendre tout ça en charge. »* (Médecin généraliste, MSP 6)

L'enrôlement des professionnels paramédicaux pose également problème : nous avons déjà indiqué qu'ils étaient présents en minorité lors des réunions de concertation et avons expliqué leur difficulté à utiliser le système d'information. Dans la mesure où les autorités sanitaires ne sanctionnent pas cette mise en œuvre à géométrie variable des outils et procédures de l'ACI (voir chapitre 2), les médecins porteurs de projets ne peuvent que constater eux-mêmes le manque d'implication de leurs collègues. Le médecin porteur de la MSP 6 témoignait, ainsi :

> *«* ***On a des difficultés à faire suivre nos autres professionnels.*** *Le podo* [pédicure-podologue] *vient* [aux réunions] *parce qu'il est très motivé. Chez les infirmiers, il y a eu un remplacement et les plus jeunes semblent plus intéressés aujourd'hui, donc on espère qu'ils vont adhérer un peu plus aux réunions de coordination. Et les autres, ça dépend vraiment. (...) Et* ***il y a aussi de vrais problèmes d'appropriation du logiciel par les paramédicaux****. Les infirmiers nous ont dit qu'ils avaient commencé à regarder dedans mais bon, pour le moment, il n'y a que nous* [médecins] *qui l'utilisons… Mais tout ça est récent, le logiciel pluripro date de l'année dernière, donc il faut un temps d'appropriation. »* (Médecin porteur de la MSP 6)

Ce professionnel conclut finalement sur le « *savant dosage* » à faire, en tant que porteur de projet, entre l'imposition d'outils et de procédures que certains de ses collègues considèrent comme contraignants, et le respect de la liberté de chacun. L'enjeu est dès lors pour lui que ses collègues y trouvent leur intérêt afin qu'ils adhèrent volontairement au projet :

> *« Donc je pense que voilà,* ***il faut qu'ils y trouvent un avantage****. C'est toujours la même chose :* ***les gens, ils marchent si c'est gagnant-gagnant****. Ça c'est très clair.* ***Sinon c'est du militantisme et ça finit par s'épuiser****.* (Silence) *Parce que le souci c'est ça. La MSP c'est un savant dosage entre, je dirais, le travail collectif et le travail individuel de chacun.* ***Je crois qu'il ne faut pas violer les gens quoi*** (rire) *en leur imposant un logiciel, un mode de fonctionnement, un secrétariat. Enfin voilà,* ***c'est un savant dosage de tout ça****. »* (Médecin porteur de la MSP 6)

Nous avons recueilli des témoignages similaires dans les autres structures de notre échantillon, qui sont selon nous symptomatiques de la relation d'interdépendance qui s'instaure entre les médecins généralistes porteurs de projets et leurs collègues de la MSP. D'un côté, les professionnels des MSP dépendent de l'investissement particulier des médecins porteurs de projets, sans lesquels ils ne pourraient pas contractualiser avec les autorités sanitaires et

prétendre à ces nouvelles conditions d'exercice. D'un autre côté, les médecins porteurs ne peuvent pas imposer à leurs collègues le niveau d'investissement qui est le leur mais ont besoin d'obtenir un minimum d'engagement de leur part (pour l'organisation de la continuité des soins entre médecins, la participation d'un maximum de professionnels aux réunions de concertation, ...) pour pouvoir justifier d'un fonctionnement collectif et pluriprofessionnel devant l'ARS et la CPAM et pérenniser la contractualisation. Ils acceptent pour ce faire de supporter l'essentiel du coût de la rationalisation pour l'ensemble du groupe, en plus de leurs activités de soins. Nos observations viennent ainsi confirmer une étude de Rod Sheaff, Anne Rogers, Susan Pickard, Martin Marshall et Stephen Campbell sur les soins primaires en Angleterre (Sheaff et al., 2003) : ces auteurs ont montré que les *General Practitioners* anglais qui s'affirmaient dans une position de gestionnaires au sein des *Primary Care Trusts*[1] n'étaient pas en mesure de contraindre leurs collègues à mettre en œuvre les nouvelles règles et standards de pratique et se limitaient à essayer d'influencer leurs décisions. Ils concluent à une forme « *douce* » de *leadership* médical (« *soft medical leadership* »), faisant référence au concept de « *soft bureaucracy* » théorisé notamment par et John Jermier (Jermier et al., 1991) et David Courpasson (Courpasson, 1997, 2000).

Si le médecin porteur de la MSP 6 évoquait un accord « *gagnant-gagnant* », dans lequel les différents professionnels de la MSP trouvent leur intérêt, nous soutenons que ses collègues ont beaucoup à gagner. En effet, son investissement individuel leur permet précisément de limiter le poids de la rationalisation dans leur exercice quotidien, tout en accédant à de meilleures conditions d'exercice du fait du regroupement et des NMR : allègement du rythme de travail pour les médecins, amélioration de la coordination entre les différents professionnels, nouveaux locaux et outils de travail, etc. La position du médecin porteur est, en revanche, beaucoup plus difficile à tenir, car il est à la fois garant du respect des nouvelles procédures de rationalisation devant l'ARS et la CPAM et dépendant de l'autonomie de ses collègues.

[1] Nous avons déjà évoqué ces structures de soins primaires dans le premier chapitre.

2) Ménager son activité professionnelle face au poids des activités organisationnelles : risque d'épuisement des médecins porteurs et d'éloignement de leur cœur de métier

Les médecins porteurs des six MSP de notre échantillon témoignent tous de leur difficulté à mener de front leurs activités médicales et les nouvelles activités organisationnelles, dont ils supportent l'essentiel du poids, comme nous venons de le voir. Simultanément, ils doivent faire face à une demande de soins croissante, du fait non seulement des évolutions démographiques et épidémiologiques (le vieillissement de la population ainsi que la recrudescence des pathologies chroniques impliquant des prises en charge plus longues et complexes) mais aussi de la démographie médicale en baisse. Ainsi, pour monter le projet de MSP tout en continuant à répondre à la demande de soins de leurs patients, ils n'hésitent pas à donner de leur temps libre, les soirs, weekends et jours de congés. Et cet investissement ne faiblit pas après l'ouverture de la MSP, dans la mesure où ces médecins à l'initiative du projet occupent systématique la fonction de coordination (bien qu'ils ne soient pas seuls dans cette fonction, comme nous allons le voir).

Des médecins porteurs qui s'épuisent

La préparation de la contractualisation avec les autorités sanitaires et le fonctionnement au long cours de la MSP supposent un travail pour les médecins porteurs qui s'ajoutent à leurs activités de soins, dont ils n'avaient pas toujours idée avant de se lancer dans le projet, comme le remarque François-Xavier Schweyer (Schweyer, 2019b). Il s'agit d'abord de comprendre les attentes des autorités sanitaires et les nouvelles règles d'exercice en MSP, qui ont évolué depuis la première phase expérimentale de l'ENMR et d'y répondre pour être éligibles aux NMR. À ce travail d'apprentissage, s'ajoute un travail de mise en conformité avec les obligations contractuelles une fois l'accord signé (que nous avons longuement analysé dans le chapitre 2) pour pouvoir être éligibles aux NMR : il s'agit d'organiser les réunions de concertation, de choisir et d'installer le système d'information, d'écrire les protocoles, d'élaborer les différents documents et justificatifs contractuels pour le rapport d'activité, d'assurer les relations avec l'ARS et la CPAM (échanges emails et téléphoniques, réunions), de gérer le personnel (de ménage ou de secrétariat), etc. Autant d'activités qui sont reconnues et valorisées à travers la fonction de coordination prévue à l'article 3.2. de l'ACI. Or les médecins généralistes à l'initiative des projets de MSP remplissent tout ou partie de ces activités une fois la MSP

ouverte – secondés par d'autres professionnels de santé ou par des coordinateurs externes, comme nous allons le voir. Nous retrouvons ici les coûts d'apprentissage et de mise en conformité (« *learning costs* » et « *compliance costs* ») du « *fardeau* » administratif (« *administrative burden* ») déjà identifiés par Donald Moynihan, Pamela Herd et Hope Harvey dans leur étude sur le programme américain *Medicaid*[1] (Moynihan, Herd et Harvey, 2015) et par Blandine Mesnel dans son analyse de la réforme de la Politique Agricole Commune (Mesnel, 2017)[2].

Face à ce « *fardeau* », les médecins porteurs des MSP 3, 4, 5 et 6 nous ont fait part de leur épuisement. Suite au blocage initial de la signature de l'ACI et à la demande de la CPAM d'élaborer d'autres protocoles, le médecin porteur de la MSP 3 qui ne se sentait pas assez épaulé par ses collègues s'est en effet dit « *épuisé de tout porter à bout de bras* » et prêt à « *jeter l'éponge*[3] ». L'un des médecins porteurs de la MSP 4 rapportait quant à lui la lassitude d'un de ses confrères également très investi dans le portage du projet. Le médecin à l'initiative du projet de la MSP 5 a, de son côté, évoqué la « *saturation* » de son emploi du temps et de celui de ses confrères. Ce médecin, pourtant à l'origine du projet, s'est d'ailleurs progressivement désolidarisé du groupe et défait de ses responsabilités organisationnelles, reprises par un autre médecin qui a rejoint ultérieurement le projet[4]. Quant à la MSP 6, un jeune médecin généraliste investi depuis le départ aux côtés du médecin à l'initiative du projet, et qui partageait avec lui la fonction de coordination, a souligné en entretien son épuisement face à l'accumulation de tâches administratives et sa crainte de ne pas pouvoir y faire face tout seul au moment où son confrère allait partir à la retraite (quelques mois après notre enquête). Nous reproduisons ci-dessous des extraits d'entretiens qui traduisent cet essoufflement des médecins porteurs :

> *« N. me disait l'autre jour : « **J'en ai marre !** ». Parce que quelque part, il faut accepter la contestation mais en même temps, faut pas que ça tourne à des histoires de personnes. **Car dans tout groupe humain, y'a des gens qui sont, je dirais, animateurs, des gens qui trainent la patte, et puis des gens qui foutent rien mais qui critiquent quand même**. Voilà, ça fait partie du jeu*

---

[1] *Medicaid* est un programme public de couverture santé réservé aux citoyens américains avec un faible niveau de revenu (incluant les enfants, les parents d'enfants éligibles, les femmes enceintes, les personnes handicapées et les personnes âgées ayant besoin de soins infirmiers à domicile).

[2] Pour une présentation plus complète de la grille d'analyse de ces auteurs, se reporter au chapitre 3.

[3] Entretien par téléphone non enregistré.

[4] Nous reviendrons plus loin sur la particularité de ce projet qui connaît un défaut de *leadership* du fait de tensions entre plusieurs médecins généralistes impliqués dans le portage et le travail de coordination.

relationnel dans un groupe. Et ***faut savoir tolérer ça****. »* (Médecin généraliste de la MSP 4, investi dans la fonction de coordination avec trois autres médecins de la structure).

*

« ***Je croyais très fort*** *à la réflexion de bosser différemment : meilleure prise en charge, lien ville-hôpital... Quand vous voyez qu'ils* [à l'hôpital] *renvoient un petit grand-père le vendredi soir chez lui, c'est tellement plus simple avec un coup de fil qui nous prévient, ou une réunion de sortie* [d'hospitalisation]. *C'est évident. Et après, la maison de santé et la SISA, c'est du bon sens ! Moi* ***j'y croyais****. Le problème c'est que le cahier des charges est un carcan ! Ce n'est pas la vraie vie. Je sais plus, mais je crois qu'il faut voir 8% de la patientèle en réunion*[1]*, or on a 13 ou 14 000 patients. Donc pour voir les 8%,* ***il faudrait faire des réunions tout le temps ! C'est pas possible, c'est de la réunionite****. Il faudrait deux médecins de plus au moins mais déjà, en trouver un, c'est difficile.* ***Parce qu'il faut comprendre, nos journées sont déjà saturées****. Donc il faut que ça fasse plaisir, pour que les gens veuillent s'engager et que ça marche. L'intérêt pour le patient ne suffit pas. On est tous persuadés de l'intérêt pour le patient, mais il faut avoir une envie, il faut que ça suscite un peu de plaisir. En sachant qu'****on est déjà à 110% de nos capacités****... vous voyez ce que je veux dire. Il y avait un événement samedi sur la prévention par exemple. Je ne sais pas qui il y avait d'ici. Je pense qu'il n'y avait que T. et K.* [deux autres médecins]. ***Le soufflé est retombé*** *et je ne sais pas comment on peut relancer le truc. Moi, probablement,* ***il me resterait 10 ans à faire, je pense que je partirais de la maison de santé.*** *Alors que j'étais le plus investi au départ. Vous voyez... c'est vous dire !* » (Médecin à l'origine du projet de la MSP 5).

*

« *Depuis que je suis maître de stage, bah voilà,* ***je passe mes matinées comme aujourd'hui, quand mes internes travaillent dans mon cabinet à faire des papiers. Là, ça devient ingérable****. C'est ce que je disais mardi*[2]*. Ils nous demandent tous les ans les justificatifs alors qu'ils les ont déjà de l'année d'avant. Donc c'est quand même* ***du temps*** *à passer,* ***du temps*** *à les envoyer. Ah non, non, je vais leur dire quand ils vont venir.* ***Et moi, je me suis un peu senti tiraillé, entre F.*** [médecin à l'initiative du projet] d'un côté ***qui était à fond, et les collègues de l'autre, qui ne l'étaient pas****. Non, là,* ***je passe trop de temps****. Il faut quelqu'un pour nous aider. Pascal Gendry* [président de la FFMPS], *à chaque fois qu'on le voit, il nous demande comment ça va. Et il voit qu'****on stagne****, qu'****on va s'épuiser****. Moi ça me fait peur.* ***Il nous faut de l'aide****. F. essaie d'avoir un coordinateur mais pour le moment, on n'en a pas*[3]. » (Médecin généraliste investi dans la fonction de coordination auprès du médecin porteur de la MSP 6)

Cet épuisement des porteurs de projets résulte selon nous précisément du fait qu'ils acceptent de porter l'essentiel du coût de la rationalisation pour le groupe, comme nous l'avons montré : pour garantir la relation contractuelle avec les autorités sanitaires et la pérennité des nouvelles modalités d'exercice en MSP, les médecins porteurs pallient le manque

[1] L'ACI impose que les dossiers d'au minimum de 5% des patients, inscrits auprès d'un médecin traitant exerçant dans la MSP et présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans, soient étudiés en réunion de concertation.

[2] Le professionnel évoque une réunion de concertation pluriprofessionnelle à laquelle nous avons assisté.

[3] La MSP 6 a depuis recruté un coordinateur externe, qui travaille deux jours par semaine dans la structure.

d'investissement de certains de leurs collègues, qui « *traînent la patte* », voire qui ne s'investissent pas du tout (tout en se permettant pour certains de critiquer les actions menées, comme le regrettait un médecin de la MSP 4 cité ci-dessus). François-Xavier Schweyer constate de la même manière un sentiment d'« *usure* » (Schweyer, 2016, 2019b) parmi les médecins *leaders* de MSP, renforcé par leur isolement dans cette fonction et parfois le désaccord des autres professionnels qui contestent certaines de leurs décisions : « *la nécessité pour le leader « d'y croire » et de convaincre ses confrères l'assigne souvent à une posture optimiste voir, s'il est seul, à taire le phénomène d'usure* » (Schweyer, 2019b, p. 50). Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut observent la même tension chez les médecins qui portent des innovations organisationnelles en matière de coordination dans le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Tout en étant reconnus pour l'amélioration des conditions de travail qu'ils permettent, ils sont simultanément critiqués pour leur participation aux réformes néo-managériales : « *Ils occupent une position singulière qui est souvent difficile à tenir. En effet, tout en portant les espoirs d'une amélioration des conditions de travail et de la qualité des services, ils incarnent le tournant néo-managérial redouté, voire décrié, par le personnel* » (Bloch et Hénaut, 2014, p. 254).

Notons pour finir que cet épuisement peut être alourdi par un sentiment de manque de reconnaissance de la part de la population. Alors que les médecins porteurs de projet estiment agir pour l'amélioration de l'offre de santé (ou, *a* minima, éviter sa détérioration), ils doivent parfois faire face au mécontentement d'une partie de la population. C'est le cas dans les MSP 4 et 6. Dans la MSP 4, l'un des médecins porteurs identifie deux raisons à ce mécontentement. Premièrement, la mauvaise compréhension de l'offre de soins de la MSP par une partie de la population : certains confondraient la MSP avec un « *service public* » hospitalier, dans lequel les professionnels seraient salariés et disponibles à tout moment (cette confusion venant selon lui du fait que le bâtiment appartient à la communauté de communes). Ils se plaignent donc de ne pouvoir prendre rendez-vous les soirs ou les weekends. Deuxièmement, la population de cette commune n'a pas connu de déficit de l'offre médicale (contrairement à celle des communes voisines), précisément car les professionnels de santé se sont investis dans le projet de MSP avant que la situation ne devienne critique. Autrement dit, selon ce médecin la population ne comprend pas que la détérioration de l'offre de soins a été évitée en amont. Ce médecin précise toutefois que la part de la population mécontente est minoritaire, mais il

regrette qu'elle se fasse davantage entendre que les personnes satisfaites par l'offre proposée par la MSP.

> Interviewé : « *Nous, on travaille de 8h à 20h, on prend les gens de 8h à 20h du lundi au vendredi et le samedi jusqu'à midi. Y'a toujours 2, 3, 4, 5 médecins qui assurent les consultations. Et* ***ils ne comprennent pas qu'on ne consulte pas le samedi après-midi ou le dimanche ?*** *Je pense que voilà, les gens trouvent ça normal. « C'est normal, y'a une maison de santé qui a coûté je n'sais pas combien, c'est quand même le minimum. » Donc moi, ça, c'est le côté qui moi me… En fait, je pense qu'il y'a une petite part de râleurs, je sais pas, 5 ou 10%, et qu'ils font beaucoup beaucoup de bruit. Et* ***les 90% de gens satisfaits, on ne les entend pas****. Mais* ***ils s'imaginent vraiment qu'on est devenu un petit hôpital. La maison de santé est étiquetée « service public », dans la tête des gens****. C'est vrai qu'on est un bâtiment public, mais on rembourse l'emprunt à travers les loyers et ça a pratiquement rien coûté à la communauté de communes. On est libéraux et on loue à la ComCom, comme d'autres entreprises en ville d'ailleurs, mais dans l'esprit des gens, c'est quand même un bâtiment qui appartient à la ComCom. Donc ils s'attendent à ce qu'on soit là la nuit et les dimanches,* ***et ils ne comprennent pas qu'on ne fasse "que" des journées de 8h à 20h. Ils pensent qu'on est obligés de faire ce qu'on fait. Alors que non, on n'est pas obligés ! Ce n'est pas gratifiant****.* ***Alors nous, on ne fait pas ça pour avoir un tapis rouge ou des éloges, mais on aimerait quand même être reconnus pour notre implication.*** *Je pense qu'****ils ne se rendent pas compte*** *du travail de réunion, qu'on prend du temps pour parler de leurs cas, qu'on rencontre une sociologue pendant une heure* (rire)… (Silence) *Moi je leur dis des fois : « Allez voir à V-village à côté, ou même à T-ville. Allez-y, trouvez un médecin à T-ville le samedi matin ! » Parce que comme il n'y a pas de coordination là-bas, le médecin qui ferme son cabinet le samedi matin, il ne renvoie pas ses patients vers quelqu'un d'autre. Alors que nous, on s'organise entre nous et on oriente. Mais* ***ils ne se rendent pas compte****.* »
>
> Enquêtrice : « *Mais comment vous expliquez ça, qu'ils ne voient pas votre investissement pour maintenir l'offre de soins ? »*
>
> Interviewé : « *Mais* ***parce qu'on s'est organisé avant ! On a devancé le problème****. Moi, j'ai travaillé à D-village* [commune voisine]. *Je faisais une demi-journée chez eux. Les gens étaient adorables, ils me remerciaient 100 fois : « Merci, merci de m'avoir pris. Bon, je viens pour un rhume mais si vous avez le temps, j'ai aussi un certificat de sport à faire, mais je ne vous embête pas avec ça. » Eux, à D-village,* ***ils ont connu une disette à un moment, c'est pour ça****. Alors que nous ici, c'est certificat de sport, renouvellement d'ordonnance, rhume, cheville… Tout en même temps, tout tout de suite.* » (Médecin généraliste porteur de la MSP 4)

Nous avons recueilli des témoignages presque identiques dans la MSP 6. L'un des médecins se plaignait de la même manière que la MSP soit considérée comme un « *petit hôpital* » ouvert 24/24h. Un autre souffrait de n'entendre que les « *reproches* » de la population :

> *« Le problème c'est que ici,* ***on a souvent les reproches****. Les élus nous disent que la maison de santé est très bien perçue, mais* ***on n'entend que les reproches****. Quand certains patients grognent, on leur dit : « Attendez, on est quand même dans un petit village ici, vous avez une maison de santé avec plein de professionnels, donc* ***ne vous plaignez pas par rapport à d'autres****. » Et puis y'en a bien-sûr qui nous remercient et qui sont très contents d'avoir une réponse rapide à leur demande. Après, la communauté de communes a mis en place un groupe d'usagers. Mais il n'y a que les râleurs, j'ai l'impression, dans ce groupe d'usagers.* ***Pour nous,***

> ***c'est quand même pas très positif de n'entendre que des reproches*. On aimerait bien entendre les autres.** »* (Médecin généraliste impliqué aux côtés du porteur de la MSP 6 dans la fonction de coordination)

Les professionnels des autres structures de notre échantillon n'ont toutefois pas rapporté de propos de cette nature.

« *C'est pas mon boulot !* » : des activités organisationnelles qui éloignent les médecins porteurs de leur cœur de métier

En plus du coût d'apprentissage et de mise en conformité que supportent essentiellement les médecins porteurs de projets, s'ajoute un coût que nous qualifierions d'identitaire : les médecins porteurs de projets de MSP, qui deviennent les premiers coordinateurs de ces structures, considèrent en effet leurs nouvelles tâches organisationnelles comme très chronophages et que le temps qu'ils y consacrent les éloigne de ce qui constitue selon eux leur cœur de métier, c'est-à-dire soigner des patients. Nous avons relevé cette distinction entre le « *vrai métier*[1] » de médecin généraliste et les tâches organisationnelles dans les discours de tous les médecins porteurs de MSP. Nous citons pour illustration les propos du médecin de la MSP 6 qui participé dès le départ à l'élaboration du projet de santé aux côtés du principal médecin porteur. Ils ont progressivement formé un binôme de porteurs et sont aujourd'hui très investis dans la fonction de coordination, se répartissant toutes les tâches qu'elle recouvre :

> « *Moi, j'en ai marre de passer mes mercredis matins à faire des papiers pour la maison de santé. Là, après notre entretien, je dois appeler pour la femme de ménage, je dois appeler pour la fibre… Mais bon,* ***c'est pas mon boulot ! C'est pas de la médecine !*** *F. me disait en riant mardi :* ***« Merci monsieur le coordinateur ! »*** *C'est exactement ça, là, faut que je fasse le compte rendu de la réunion de mardi. Mais c'est pas mon boulot !* » (Médecin généraliste investi dans la fonction de coordination auprès du médecin porteur de la MSP 6)

Assimilé à un coordinateur par son confrère – qui s'est lui-même qualifié de coordinateur en entretien, précisons-le, et ne lui réserve donc pas cette fonction –, ce professionnel semble se sentir menacé dans son identité professionnelle. Nous observons toutefois que les médecins porteurs de projets et impliqués dans la fonction de coordination parviennent le plus souvent à

[1] Nous empruntons cette expression à François-Xavier Schweyer (Schweyer, 2016), qui l'emprunte lui-même à Dominique Monjardet (Monjardet, 1987), qui a montré que la représentation que les policiers avaient de leur métier participait à définir leurs pratiques.

déléguer les activités organisationnelles qu'ils considèrent les moins nobles (organisation des réunions, mise en forme de documents, gestion du personnel, achat de fournitures et matériel, etc.) à d'autres professionnels de santé paramédicaux ou à des coordinateurs externes, et à conserver ce faisant les activités qu'ils considèrent les plus stratégiques : orientation du projet de santé, développement d'activités « *innovantes* » ou « *dérogatoires* » (voir chapitre 3), relations avec les partenaires extérieurs, représentation de la MSP, etc.

Des professionnels paramédicaux et des coordinateurs externes en appui

Dans les cinq MSP de notre échantillon qui avaient signé l'ACI au moment de notre enquête (toutes sauf la MSP 3), la fonction de coordination a été assurée au départ par les médecins généralistes porteurs à l'initiative de ces projets de MSP. Ils ont toutefois tous cherché à déléguer progressivement les activités administratives ou gestionnaires à des collègues de la MSP ou à des coordinateurs externes. Dans la MSP 1, le médecin porteur a d'abord partagé la fonction de coordination avec un professionnel paramédical (un diététicien d'abord et un infirmier ensuite) avant que la structure ne recrute un coordinateur externe et qu'ils occupent aujourd'hui cette fonction à trois (le médecin porteur à l'initiative du projet, l'infirmier et le coordinateur externe). Dans la MSP 2, le médecin porteur a d'emblée demandé à un consultant du cabinet A de le seconder dans la fonction de coordination (cabinet qui avait déjà accompagné le médecin porteur dans l'élaboration du projet de santé et la participation à l'ENMR). Dans la MSP 4, les professionnels ont d'abord embauché un coordinateur externe pour finalement s'en séparer, estimant qu'ils étaient mieux à même d'assurer cette fonction en interne (en l'occurrence à quatre médecins, collectivement), car ils avaient une meilleure connaissance de « *la réalité du terrain* ». Dans la MSP 5, le médecin porteur a progressivement cédé la plupart des tâches de la fonction de coordination à deux autres professionnels, un médecin et un diététicien, ce-dernier se chargeant de la plupart des activités administratives et gestionnaires. Enfin, dans la MSP 6, le médecin porteur à l'origine du projet et le médecin avec lequel il a longtemps partagé la fonction de coordination (qui se plaignait d'être assimilé à un coordinateur, cf. *supra*) ont souhaité recruter un coordinateur externe pour les décharger de certaines tâches et ainsi pouvoir se « *recentrer* » sur leurs activités de soins et « *développer de*

nouveaux projets[1] ». Un coordinateur a rejoint la structure après la fin de notre enquête et, depuis le départ à la retraite du médecin porteur, la fonction de coordination est assurée par l'autre médecin et ce coordinateur externe, ce-dernier ayant délesté le médecin de l'essentiel des activités administratives.

Nos entretiens avec les professionnels paramédicaux qui ont accepté de s'investir dans ces activités administratives pour soulager les médecins porteurs de projets révèlent qu'ils y voient non seulement le moyen de diversifier leurs activités (comme l'ont également constaté Laure Amar (Amar, 1996) mais aussi Suzanne Grant, Guro Huby et Francis Watkins (Grant et al., 2009)), mais surtout de trouver leur place au sein du groupe professionnel. En acceptant ces nouvelles tâches organisationnelles nécessaires à la contractualisation et à l'obtention des NMR, ces professionnels acquièrent en effet un rôle indispensable à l'échelle de la MSP, mais aussi non substituable, dans la mesure où leurs collègues ne souhaitent pas remplir ces activités jugées contraignantes et chronophage. Les deux extraits d'entretiens rapportés ci-dessous montrent ainsi que ces professionnels considèrent leur investissement comme un moyen de s'affirmer dans un rôle à part et essentiel dans l'organisation :

> *« C'est vrai qu'**au début, j'avais du mal à trouver ma place**… Faut dire que pendant longtemps j'étais nouveau et le plus jeune aussi. Et il y avait plein de choses que je ne connaissais pas : tout ce qui était administratif, l'ARS, la CPAM… Mais **maintenant ça va, j'ai pris de l'assurance** et j'aime bien avoir cette activité en plus de mes patients. D'abord parce que j'ai le temps. Mais aussi **parce que j'ai envie de m'impliquer… Il faut bien que certains organisent**. »* (Diététicien, MSP 5)

*

> *« Moi, je suis arrivé en janvier 2015 et je ne connaissais personne. Dès les premières réunions, j'ai été étonné **car j'étais le seul à prendre des notes**. Et je pense que **ça m'a propulsé directement en tant que co-gérant**[2]. **J'ai passé du temps** à faire les comptes rendus dès le début, **donc les gens ont vu que je me suis investi**. **J'ai fait un vrai travail** de recherche pour le ménage, j'ai contacté plus d'une dizaine d'entreprises pour avoir des devis, on a fait plus de six rencontres pour choisir la société. Pour les statuts de la SISA, je me suis amusé à récupérer toutes les cartes d'identité de tout le monde, à retourner au tribunal de commerce pour m'assurer que tout allait bien avec le dossier. Enfin voilà. **Je me suis investi dès que je suis arrivé dans la maison de santé et je pense que c'est ce qui a plu et c'est ce qui m'a permis d'être co-gérant** avec le docteur X. »* (Diététicien, MSP 1)

[1] Entretien avec le médecin généraliste porteur de projet.

[2] C'est ainsi que les professionnels désignent ceux investis dans la fonction de coordination dans cette structure.

En plus de leurs collègues qui s'investissent à leur côté, certains médecins porteurs peuvent donc s'appuyer sur des coordinateurs externes, recrutés spécifiquement pour cette fonction. C'est le cas dans les MSP 1, 2 et 6 (bien que dans cette dernière structure, le coordinateur soit arrivé après la fin de notre enquête). Si le recrutement d'un coordinateur n'a à notre connaissance pas posé de difficulté dans la MSP 2, il a fait l'objet de discussions entre professionnels dans les MSP 1 et 6. Dans ces deux structures, le recrutement d'un coordinateur externe était une volonté des médecins porteurs, que n'ont pas soutenue leurs collègues au départ. Nous formulons deux hypothèses pour tenter d'expliquer cette réticence. La première est que le travail de coordination n'est pas toujours visible pour les professionnels qui n'en font pas l'expérience et qui ne comprennent peut-être pas l'épuisement des porteurs. La seconde est que le recrutement d'un coordinateur externe doit être financé par les NMR, qui sont notamment utilisés pour rémunérer les professionnels de santé pour le temps qu'ils passent eux-mêmes à la coordination, en réunions notamment. La rémunération d'un coordinateur externe implique ainsi potentiellement une baisse du niveau de rémunérations pour les professionnels de la MSP. Nous citons, pour illustrations, deux médecins dans les MSP 1 et 6 qui s'interrogeaient sur la nécessité de recruter un coordinateur externe et de le financer sur les NMR, comme le souhaitaient les médecins porteurs de ces structures qui se plaignaient de la charge importante du travail de coordination qui leur incombait :

> *« On a discuté d'avoir un coordinateur. Alors est-ce qu'il faut le faire... ? Je n'en sais rien.* ***Je ne me rends pas forcément compte des tâches administratives des co-gérants, du temps que ça représente****, faut voir. Oui, après ça peut se faire mais* ***je ne sais pas si c'est nécessaire pour l'instant****. Je pense qu'on gère. »* (Médecin généraliste, MSP 1)

*

> ***« F. parlait d'avoir un coordinateur pour gérer toute notre paperasse à notre place. Mais du coup, bah, il faut le payer. Et là-dessus, on n'est pas tous d'accord.*** *Ça veut dire sortir des fonds, pour avoir un coordinateur qui valide encore un critère de l'ACI pour toucher des subventions.* ***Donc finalement l'opération est nulle ?*** (rire) *Et je pense que c'est vraiment ça qui nous bouffe. Parce que sinon, on a quand même tous la même façon de voir la médecine, la même façon d'aborder les patients... Sur tout ça, on est raccord. Mais c'est plutôt sur tous ces engagements administratifs que ouais, y'a des divergences d'opinions. »* (Médecin généraliste, MSP 6)

Dans toutes les MSP de notre échantillon, nous constatons que les médecins porteurs considèrent la participation d'un autre professionnel ou le recrutement d'un personnel extérieur comme une aide et un moyen de se décharger d'une partie des activités organisationnelles, en l'occurrence celles qu'ils considèrent les moins nobles et qui les éloignent de leur « *vrai*

métier ». Ces observations confirment celles de François-Xavier Schweyer, selon lequel la présence d'un coordinateur externe est un « *appui* » ou un « *support* » (Schweyer, 2019b, p. 46) pour les médecins « *leaders*[1] » de MSP. S'il observe que certains coordinateurs peuvent jouer un rôle de « *coordination innovante* » (*Ibid.*) et participer activement à l'entreprise de transformation des pratiques, nous constatons dans nos cas d'espèce que la capacité d'innovation est réservée aux seuls médecins généralistes porteurs de projets. Les parcours de ces médecins porteurs de projets, devenus coordinateurs des MSP, rappellent finalement ceux des médecins coordinateurs de réseaux de santé observés par Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil. Selon ces auteurs, cette fonction de coordination serait une nouvelle « *façon de promouvoir une manière originale d'exercer la médecine de proximité et une voie détournée pour accéder à la forme de spécialisation, qu'ils n'ont pu obtenir par la « voie royale » du diplôme et de la carrière hospitalière* » (Robelet, Serré et Bourgueil, 2005, p. 252). Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut observent de la même manière que pour certains médecins, « *devenir coordonnateur s'inscrit dans un double mouvement de diversification de leur activité et de spécialisation professionnelle* » (Bloch et Hénaut, 2014, p. 197). De même, nous soutenons que ces médecins généralistes des MSP, à travers leur investissement particulier dans le portage des MSP, développent une forme de spécialisation en soins primaires qui n'est pas incompatible avec leur identité professionnelle de médecins : non seulement ils conservent leurs activités de soins, mais les activités organisationnelles qu'ils acceptent de porter leur permettent d'affirmer et de faire reconnaître une nouvelle façon d'exercer la médecine libérale. Cela explique selon nous le choix de ces médecins de s'investir dans ces activités, quitte à s'épuiser.

C - Des médecins porteurs de projets de MSP… mais pas nécessairement *leaders*

Nous avons vu dans la deuxième partie que, quelle que soit la MSP considérée, les médecins porteurs rencontraient les mêmes difficultés pour mener leur projet de transformation des pratiques. La mise en perspective de nos six cas d'études révèle toutefois que ces médecins n'ont pas tous la même expérience de porteurs de projets et, notamment, ne disposent pas des

[1] Si l'auteur emploi le terme « *leader* », nous préférons parler en l'occurrence de médecins *porteurs*, car nous soutenons que tous les médecins porteurs de projets de MSP ne parviennent pas à s'affirmer comme *leaders*. Nous en comprendrons les raisons dans la troisième partie du chapitre.

mêmes ressources pour faire face à ces contraintes. Ainsi, dans les MSP 2, 4 et 6, les médecins à l'initiative de ces projets ont réussi à tirer profit de leur nouveau rôle organisationnel pour s'affirmer dès le départ comme *leaders* : ils sont parvenus à négocier sans difficulté l'adhésion de leurs collègues et ils sont reconnus comme légitimes dans leur entreprise de transformation des pratiques à la fois par les autres professionnels de la MSP et par les partenaires à l'extérieur. Nous identifions deux types de ressources au fondement du *leadership* des médecins de ces trois MSP : d'une part, leur réseau professionnel et personnel et, d'autre part, l'acquisition de certains savoirs et savoir-faire qui dépassent leurs connaissances médicales et qui sont indispensables au projet de MSP. Ces ressources font davantage défaut aux médecins porteurs des trois autres projets de MSP, dans des configurations toutefois différentes.

1) Réseau relationnel et savoirs spécifiques aux projets de MSP : deux ressources au fondement du pouvoir des médecins *leaders* des MSP 2, 4 et 6

L'analyse des expériences des médecins porteurs des MSP 2, 4 et 6 permet d'identifier deux ressources au fondement du *leadership* dans les MSP 2, 4 et 6 : le réseau de ces médecins et l'acquisition de certains savoirs et savoir-faire indispensables au projet. Nous constatons en revanche que le *leadership* est assimilé à un médecin dans les MSP 2 et 6, alors qu'il est partagé dans la MSP 4, dans laquelle trois médecins généralistes se sont investis aux côtés du médecin à l'origine du projet et se sont progressivement affirmés comme co-*leaders*.

L'archétype du *leader* de MSP : des médecins « *multi-casquettes* » et « *tout-terrain* » dans les MSP 2 et 6

Élu professionnel au sein de l'URPS-ML[1], membre du Conseil de l'Ordre, représentant professionnel dans des instances institutionnelles, enseignant à la faculté de médecine, maître

[1] Les Unions Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux (URPS) ont été créées par la loi HPST de 2009 et sont des organes représentatifs des professionnels de santé exerçant à titre libéral sous le régime des conventions nationales avec l'UNCAM. Elles contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale et participent notamment à la préparation et la mise en œuvre du Projet Régional de Santé, à l'analyse des besoins et de l'offre de santé, à l'organisation de l'exercice professionnel (notamment en ce qui concernant la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice) et à la mise en œuvre des contrats d'objectifs et de moyens (notamment l'ACI concernant les MSP) (article R. 4031 du Code de la santé publique). Il existe des URPS pour les professions libérales

de stage, bénévole associatif, etc. : les médecins porteurs des MSP 2 et 6 multiplient les engagement professionnels et institutionnels (qu'ils appellent des « *casquettes* ») tout en menant de front leurs activité cliniques. Ces engagements se sont accumulés au cours de leurs carrières, déjà avancées, dans la mesure où ils étaient tous deux proches de leur départ à la retraite au moment de notre enquête[1].

Le médecin généraliste porteur du projet de la MSP 2 est un ancien élu MG France au sein de l'URPS. Il participe aujourd'hui aux activités de formation que propose ce syndicat à ses adhérents (au sein de l'organisme de formation MG Form) et le représente à la commission paritaire régionale des structures pluriprofessionnelles, qui est un espace de négociations entre les représentants syndicaux des professionnels de santé exerçant dans ces structures et les organismes régionaux d'Assurance Maladie. Longtemps proche de la présidence de la FFMPS (elle a fréquenté l'un de ses présidents du fait de leurs engagements respectifs dans le même syndicat), ce médecin a essayé de développer les activités de la fédération au niveau régional, mais a fait face à l'opposition politique d'un médecin membre d'un autre syndicat, ce qui l'a finalement décidé à abandonner ce projet. Ces multiples engagements professionnels ont permis à ce médecin d'être familiarisé très tôt avec les nouvelles modalités de l'exercice pluriprofessionnel défendues par le syndicat MG France et d'avoir directement accès à des partenaires essentiels de la MSP, notamment la FFMPS, l'ARS et l'Assurance Maladie. Ce médecin a par ailleurs développé un réseau personnel et amical dense sur la commune, où il exerce depuis son installation : il a créé un cabinet médical de groupe dans les années 1990, avec un autre médecin décédé depuis, qui était une figure du territoire encore aujourd'hui évoquée par tous les professionnels de santé rencontrés. Ses années à la faculté de médecine ont par ailleurs été l'occasion de développer des relations amicales avec un médecin généraliste ayant fondé un cabinet d'étude bien identifié par l'ARS (le cabinet A), qu'il a sollicité pour l'élaboration du projet de santé de la MSP. Ce médecin consultant a accompagné le projet de MSP de son confrère et ami sans compter son investissement en temps : bien que son intervention ait été rémunérée grâce à des fonds de l'ARS qui permettent de financer ce type

---

suivantes : médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes et biologistes.

[1] Le médecin porteur de la MSP 6 est d'ailleurs parti à la retraite depuis la fin de notre enquête. « *Jeune retraité* », comme il se qualifie lui-même, il continue à exercer un jour par semaine dans une structure salariée ouverte récemment dans une commune urbaine du département.

d'accompagnement[1], nous avons compris en entretien avec le médecin porteur et le consultant que ce-dernier n'avait parfois pas hésité à aider les professionnels gracieusement et qu'il continuait aujourd'hui à les conseiller ponctuellement en dehors de toute mission rémunérée. De plus, un autre consultant de ce cabinet d'étude, qui assure aujourd'hui le rôle de coordinateur externe de la MSP, réalise une activité de veille (des nouvelles dispositions légales, ainsi que des appels à projets et expérimentations lancées au niveau régional par l'ARS) pour alerter le médecin porteur de la MSP d'éventuelles opportunités pour développer de nouveaux projets dans la MSP. Ce consultant a notamment été une ressource pour le médecin porteur dans le développement du protocole sur le repérage de la fragilité, que nous avons évoqué dans les chapitres 2 et 3. Les multiples engagements de ce médecin généraliste, ainsi que son réseau relationnel dense, le placent ainsi à l'interface des sphères professionnelles et institutionnelles et lui permettent de mobiliser différents partenaires et ressources nécessaires au portage du projet. Ainsi, reconnaissait-il lui-même en entretien sa facilité à accéder à certaines informations stratégiques et à solliciter d'autres personnes :

> *« Donc je suis quand même **très au courant de tout ce qu'il se passe**, sur les maisons de santé, les directions politiques, enfin tout ce qui sort... C'est sûr que ça aide. Dès que j'ai une question, **je passe un coup de fil, je sollicite un tel**. »* (Médecin généraliste porteur de la MSP 2)

Cette trajectoire présente des similitudes avec celle du médecin porteur de la MSP 6. Il exerce depuis toujours sur la commune d'implantation de la MSP. Il est identifié par l'ensemble des professionnels du territoire ainsi que par les élus locaux comme un médecin particulièrement engagé : enseignant à la faculté de médecine, médecin coordonnateur d'EHPAD, médecin sapeur-pompier volontaire, médecin réserviste à l'EPRUS[2], médecin référent pour l'ONG Aides Actions Internationales Pompiers… Il a par ailleurs des fonctions représentatives en tant que membre du Conseil départemental de l'Ordre des médecins et est responsable de l'organisation des stages ambulatoires pour les internes en médecine générale au niveau du département. Ces divers engagements lui ont également permis de mobiliser

[1] Provenant du FIR (Fonds d'Intervention Régionale), voir chapitre 1.

[2] Institué en 2007 et dissous en 2017 par la loi de modernisation du système de santé, l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) assurait la gestion des moyens de lutte contre les menaces sanitaires graves. En 2016, les attributions de l'EPRUS ont fusionné avec celles de l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) et de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé), au sein de l'Agence nationale de santé publique, ou Santé Publique France (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_EPRUS.pdf, consulté le 05.07.2020).

différentes ressources tout au long du projet de MSP : il a su convaincre le Conseil de l'Ordre des médecins de la nécessité d'autoriser le statut d'assistant médical dans le département (voir chapitre 2) afin de faciliter l'installation de jeunes médecins, et c'est sous ce statut que trois de ses anciens internes se sont installés dans la MSP au moment de son ouverture ; il a su défendre le projet de MSP devant les élus de la commune et de la communauté de communes qui ont accepté d'investir dans la rénovation du bâtiment et d'en devenir propriétaires ; il a enfin réussi à mobiliser de nombreux professionnels et établissement sanitaires et médico-sociaux du territoire pour développer des actions de coordination externe à la MSP (en matière de maintien à domicile des personnes âgées, de prise en charge de la santé mentale et de prise en charge des addictions). Comme pour la MSP 2, ce médecin a ainsi pu s'appuyer sur un réseau relationnel dense pour lancer et développer le projet de MSP. Cette MSP est aujourd'hui reconnue comme structurante dans l'organisation de l'offre de santé sur le territoire départemental par les autorités sanitaires, les collectivités territoriales et les structures médico-sociales que nous avons rencontrées au cours de l'enquête.

Au-delà de ce positionnement sécant ou « *frontalier* » (Bergeron, Castel et Nouguez, 2013), qui place ces deux médecins des MSP 2 et 6 à l'interface des sphères professionnelle et institutionnelle et leur permet de mobiliser différents partenaires et ressources au gré des besoins du projet, ces professionnels se distinguent par certains savoirs et savoir-faire spécifiques qui dépassent leurs compétences médicales : connaissances administratives (nécessaires à la compréhension des démarches administratives qu'imposent le cahier des charges national des MSP ainsi que l'ACI), juridiques (nécessaires à la constitution de la SISA), financières (nécessaires à l'élaboration d'un budget prévisionnel permettant la future mise en commun des charges et des recettes de la MSP et la gestion des NMR), architecturales (ces professionnels ayant été impliqués dans les discussions relatives aux travaux du bâtiment), en management d'équipe (nécessaire pour mobiliser et fédérer les professionnels pendant les mois d'élaboration du projet de santé avant l'ouverture de la MSP mais aussi pour animer l'équipe après l'ouverture), en gestion de projet (organisation des réunions, répartition des tâches), etc. Autant de compétences que les professionnels de santé qui se lancent dans un projet de MSP n'ont pas toujours, comme le remarque Isabelle Bourgeois dans une analyse réflexive de son travail de sociologue et consultante spécialisée dans l'accompagnement des professionnels de soins primaires (Bourgeois, 2019). Or ces deux médecins porteurs ont témoigné de peu de

difficultés dans l'acquisition de ces savoir-faire. Leurs collègues saluent d'ailleurs leur investissement dans toutes les dimensions du projet :

> *« **T. est sur tous les fronts** : les réunions, la fédération, le rapport d'activité, les points avec le cabinet A, les protocoles… Et les projets de prévention, de communication, enfin, il est vraiment **tout-terrain**. »* (Médecin généraliste, MSP 2)
>
> *
>
> *« **F. est partout**, **il s'investit sur tout**. Avec B. aussi. Mais quand il va s'en aller, je ne sais pas comment ça va se passer. Je ne sais pas si B. va vouloir reprendre seul **tous les sujets**, et nous… Ça demande de **savoir faire plein de choses**, **y'a plein de dimensions différentes**. Et faut le vouloir aussi ! Enfin… j'ai peur qu'on ait du mal. »* (Médecin généraliste, MSP 6)

La question est dès lors de savoir comment ces médecins porteurs ont réussi à maîtriser ces savoirs indispensables au portage du projet, qui dépassent largement leurs compétences professionnelles. Nous formulons deux hypothèses.

Notre première hypothèse est que ces médecins n'en sont pas à leur « *coup d'essai* » en matière de projet de transformation des pratiques. C'est également ce que constate Patrick Castel dans son étude sur les médecins impliqués dans des projets de recherche translationnelle dans le domaine du cancer, qui se sont tous déjà investis par le passé dans des projets de recherche et ont ainsi acquis un savoir-faire en matière de structuration et de développement de ce type d'initiatives (Castel, 2020). De la même manière, le médecin porteur de la MSP 2 s'était déjà impliqué, avant que le projet de MSP ne voie le jour, dans divers projets de prévention et dans une réflexion sur la possibilité de développer l'exercice regroupé et coordonné avec son confrère (depuis décédé). En 2009, au moment où il se lance véritablement dans l'élaboration du projet de santé avec le consultant du cabinet A et entame les discussions avec l'ARS, il s'agissait ainsi plutôt de reprendre le projet et de capitaliser sur cette expérience passée. Le médecin porteur de la MSP 6, quant à lui, s'était déjà mobilisé dans d'autres initiatives (comme le dispositif de l'assistanat en médecine générale ou des réunions de concertation avec des professionnels et établissements médico-sociaux du territoire). En 2009, quand il présente son projet d'exercice pluriprofessionnel à l'ARS, il semble déjà rompu à ce type de projets et de démarches administratives.

Notre seconde hypothèse est que ces professionnels peuvent être accompagnés dans l'acquisition de ces savoirs nécessaires au portage d'un projet de MSP. C'est le cas du médecin porteur de la MSP 2, qui a bénéficié très tôt de l'aide d'un consultant pour l'élaboration du

projet de santé et la candidature de la structure à l'ENMR. Ce médecin porteur reconnaît que cet intervenant extérieur l'a aidé à comprendre les attentes de l'ARS et à y répondre, autrement dit, à faire face aux coûts d'apprentissage et de mise en conformité que nous avons déjà mis en lumière. Pour reprendre son vocabulaire plus imagé, l'enjeu était de mieux « *lire* » les textes administratifs et de « *bidouiller* » avec ces textes pour formaliser le projet et répondre aux attentes des autorités sanitaires. Depuis l'ouverture de la structure, ce médecin généraliste peut par ailleurs s'appuyer sur un autre consultant du même cabinet pour la gestion courante de la structure et du projet de santé. Ce consultant est également une ressource pour développer de nouveaux projets notamment grâce à son travail de veille législative et administrative, comme nous l'avons indiqué. Ainsi le médecin porteur de la MSP 2 considère-t-il les consultants comme une « *aide* », une ressource, pour le développement du projet :

> *« **Ils nous ont énormément aidés**. Parce qu'**on ne savait pas lire, enfin on ne comprenait pas** ce qu'ils* [la CPAM] *voulaient au départ dans le Règlement Arbitral. C'est **le langage "Caisse"**. En fait nous, **on a une lecture premier degré des textes** : il faut x réunions, donc on se disait qu'il fallait prévoir la réunion, prévoir l'émargement et tout. Et ils nous ont dit : « Mais attendez, vous vous réunissez tous les midis et vous parlez de vos patients. Vous échangez des informations avec les kinés par post-it sur votre logiciel. Mais il faut compter tout ça ! C'est ça qu'ils attendent ! ». Mais nous, on ne le comptait pas parce que pour nous, c'était notre quotidien, c'était dans notre routine. Donc on ne se rendait même pas compte que c'était de la coordination au sens de l'ARS. Et eux nous ont dit de le valoriser. **Donc leur aide a été super importante. C'est à dire qu'ils sont plus dans la bidouille que nous.** En fait, ils nous ont aidés à valoriser ce qu'on faisait et à le formaliser. Pour rentrer dans leurs cases* [de la CPAM et de l'ARS]. *»* (Médecin généraliste porteur du projet de la MSP 2)

Le médecin porteur de la MSP 6 n'a en revanche pas eu recours à l'aide d'un consultant pour l'élaboration du projet, ce qui nous amène à penser que ce type d'accompagnement n'est pas indispensable, bien que facilitant. Le médecin porteur de la MSP 2 le reconnaît d'ailleurs lui-même : le projet aurait certainement été possible sans les consultants, mais aurait demandé un investissement encore plus important des professionnels (et de lui-même en premier lieu) :

> Enquêtrice : *« Ok, je comprends bien l'aide que vous a apporté H. Mais j'ai déjà rencontré des équipes qui avaient monté leurs projets sans consultant, et qui n'avaient pas non plus de support au long court comme vous, pour la coordination et les nouveaux projets que vous lancez. Vous pensez que ça serait possible sans eux ?»*
>
> Interviewé : *« **Oui, ce serait possible sans eux. Mais ça mettrait beaucoup plus de temps**. **Beaucoup plus ! Et ce serait moins formalisé**. Alors quelques fois, ils vont trop loin pour nous, trop vite, et on le leur dit. Mais c'est aussi ça l'échange. **Ça permet d'avancer et de penser à des choses auxquelles on n'aurait même pas pensé ! Ils sont au courant de plein de choses que nous, on n'a pas toujours le temps de voir passer.** À l'inverse, parfois, ils savent nous freiner quand on va trop vite. Donc ils nous aident vraiment. Enfin, c'est quand même difficile*

à dire par rapport à eux, parce qu'ils nous connaissent depuis tellement longtemps ! Donc c'est comme s'ils travaillaient avec nous ! Mais oui, je pense qu'on aurait pu monter la maison sans eux. Mais ***je suis quand même bien contente qu'ils nous aient aidés, sinon ça aurait pris beaucoup plus de temps.*** *»*

Nous pensons que, sans être indispensable, l'accompagnement par un consultant permet, à un premier niveau, d'éviter l'épuisement des porteurs de projets car il se charge d'une partie du travail d'apprentissage et de mise en conformité qui constitue leur « *fardeau administratif* » (Moynihan, Herd et Harvey, 2015). À un second niveau, il permet même d'« *avancer* » et de lancer des projets auxquels les professionnels n'auraient pas songé eux-mêmes. Nous soutenons que les consultants sont une ressource pour les médecins porteurs de projet, pour faire face au poids de la contractualisation et en tirer parti pour développer des initiatives.

Notons, pour finir, que les médecins porteurs des MSP 2 et 6 s'appuient sur d'autres professionnels de la MSP dans la réalisation de leurs tâches. En effet, dans chacune de ces deux structures, un jeune médecin généraliste s'implique particulièrement auprès du médecin porteur, parfois dans les activités les plus stratégiques, comme la relation avec l'ARS et la CPAM (sans oublier les autres professionnels non-médecins et les coordinateurs externes qui prennent en charge certaines tâches administratives comme nous l'avons déjà expliqué). Mais malgré cet investissement d'autres professionnels aux côtés des deux médecins porteurs de ces MSP, ces derniers demeurent les principaux (voir les seuls) professionnels identifiés par les partenaires extérieurs, qui vont jusqu'à assimiler ces MSP à ces seuls médecins : ainsi avons-nous entendu parler de « *la maison du docteur F.…* » ou du « *projet du docteur T.…* ». Comme le remarquait François-Xavier Schweyer : « *Pour le sens commun partagé au sein des MSP, le leader "porte" le projet d'exercice coordonné et de transformation des pratiques. Le mot est souvent utilisé au singulier, assimilant implicitement […] le leadership à une personne, homme et médecin dans la plupart des cas* » (Schweyer, 2019b, p. 45). Dans la MSP 2 comme dans la MSP 6, nous sommes bien en présence d'un *leader* au singulier, et l'incarnation de la MSP dans un médecin *leader* participe finalement à éclipser les autres professionnels qui s'impliquent à ses côtés – bien que cela ne soit pas l'objectif de ces médecins, qui reconnaissent volontiers l'investissement de leurs collègues.

Un *leadership* collectif : des ressources mises en commun dans la MSP 4

Le médecin à l'initiative du projet de la MSP 4 présente plusieurs caractéristiques communes avec ses homologues des MSP 2 et 6. Il se distingue également par une position d'interface, entre la sphère professionnelle et la sphère politique. Au moment des premières réflexions autour du projet de MSP, il était en effet président de la CME (Commission Médicale d'Établissement) de l'hôpital le plus proche et jouissait ainsi d'une visibilité parmi les médecins, les professionnels de santé du territoire mais aussi des élus. Cette position lui a permis de mobiliser un maximum de professionnels aux premières réunions de discussion autour du projet de MSP. Il était également adjoint au maire de la commune, qui se trouvait également être le président de la communauté de communes. Cet accès direct aux collectivités territoriales l'a aidé à se faire entendre par les élus locaux sur la nécessité d'aider les professionnels à monter une MSP. Ainsi témoignait-il en entretien :

> *« À l'époque je devais être* ***adjoint au maire****, oui. Et comme j'étais* ***président de la CME****, j'étais* ***très soutenu*** *par notre direction. Et* ***on a fait circuler l'idée à tous les professionnels****, pour leur demander : « Qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on y va ou on y va pas ? » Et C.D., qui était le président de la ComCom et maire de la ville, c'est un kiné. Donc il a tout de suite vu l'utilité. Bon,* ***je m'entends très bien avec lui, il m'écoute****. Il nous a aidés. Mais par contre, pour faire évoluer les mentalités des politiques… Ils nous disent : « On vous laisse faire », mais après… Donc avec D.* [infirmier[1]], ***on s'est fait tous les conseils municipaux de la ComCom, pour présenter le projet****. Avec des internes parfois. Pour faire comprendre l'importance du regroupement, Ils pensaient tous que les médecins, il y en aurait toujours ici. Et pour les élus, une maison de santé c'était 24 sur 24, 7 sur 7 comme avant. Comme avant ! Il fallait donc leur faire comprendre qu'il y avait un risque de voir les médecins partir de T-village, car les jeunes n'accepteraient pas ces conditions de travail. Donc* ***on a dû les sensibiliser****.* ***Faut que les élus comprennent que, ce qu'on faisait nous, être corvéables comme ça, les jeunes n'en veulent pas, et ils ont raison****. »* (Médecin porteur de la MSP 4)

Mais contrairement aux porteurs des MSP 2 et 6, ce médecin n'est pas le seul médecin de la MSP à avoir une position sécante. Un de ses confrères a en effet présidé la fédération régionale des MSP, et cette proximité avec les « *pionniers* » de la FFMPS ainsi que cette assise au niveau régional ont facilité les relations avec l'ARS et la CPAM, qui identifiaient bien ce professionnel. Un troisième médecin s'est par ailleurs progressivement impliqué dans les relations avec les élus locaux, secondant le médecin à l'origine du projet, et a par la suite pris des responsabilités au sein de l'antenne départementale de MG France. Enfin, un quatrième

[1] Rappelons qu'ils étaient initialement deux professionnels impliqués dans le portage du projet, voir *infra*.

médecin s'est investi sur les tâches plus gestionnaires de la MSP : il est notamment responsable de la comptabilité et de la gestion des NMR. Ces quatre médecins généralistes se divisent aujourd'hui les différentes tâches que recouvre la fonction de coordination et ont chacun développé des savoir-faire particuliers : « *Voilà, nous sommes quatre à avoir monté un peu en compétence, sur différents sujets* », résumait l'un d'eux en entretien. Ce même professionnel nous expliquait qu'ils avaient au départ fait le choix de recruter un coordinateur externe mais qu'ils avaient décidé de s'en séparer après quelques mois, estimant qu'ils étaient mieux placés eux-mêmes pour remplir ces activités, tout en faisant ponctuellement appel à des ressources extérieures (notamment un expert-comptable). Le *leadership* de la MSP 4 apparaît donc comme davantage partagé que dans les MSP 2 et 6, dans la mesure où plusieurs médecins mettent en commun différentes ressources pertinentes. Si le médecin à l'origine du projet de regroupement est souvent cité en premier comme *leader* par les autres professionnels de la structure et les partenaires du territoire, les trois autres sont toujours évoqués par la suite, comme autant de moteurs de la MSP.

Le cas de la MSP 4 permet par ailleurs d'interroger l'éventualité de voir d'autres professionnels, non-médecins, s'affirmer comme porteurs de projet. Deux des médecins porteurs de cette structure remarquaient en entretien que tout professionnel pouvait théoriquement jouer ce rôle (ils sont les seuls de notre échantillon à avoir spontanément soulevé ce point) et évoquaient le cas d'un infirmier qui était initialement « *leader* » du projet aux côtés du médecin. L'un d'eux nous expliquait :

> Interviewé : *« Les exemples de maisons de santé qui fonctionnent, c'est un projet porté par des professionnels, soutenu par des élus. Par contre des projets initiés par des élus dans l'idée de recruter des professionnels, j'en connais beaucoup qui ont capoté. (…) Un projet de maison de santé, sans un leader projet professionnel… Alors* ***ça peut être un infirmier, un kiné, ça peut être le pharmacien, ça peut être le médecin, mais faut un leader****. »*
>
> Enquêtrice : *« Alors ça m'intéresse aussi… cette question sur les autres moteurs, non-médecins. Est-ce que vous pensez que ça peut être d'autres professionnels que les médecins qui portent ces projets ? »*
>
> Interviewé : *«* ***Je pense que c'est souvent des médecins…*** *Non, je pense que généralement, c'est des médecins. Enfin* ***je pense qu'il faut quand même avoir la volonté d'entreprendre****. Et je crois que… Alors là, ça peut être mal pris, mais* ***je pense que c'est dans la nature du médecin d'être maître de son activité professionnelle*** *et de pas trop la subir.* ***Donc y'a une volonté d'imposer son modèle****, épaulé par des structures comme la Fédération et les syndicats. Mais je pense que y'a quelques professions qui sont peut-être un peu plus… Enfin historiquement, l'infirmière elle suit une prescription. Par contre,* ***j'ai rencontré des infirmiers qui étaient moteurs de projets, à travers la Fédération. Ça existe mais c'est plus à la marge quand même****.*

Nous, par contre ici, dans notre cas précis, on a des infirmiers leaders projet. On en avait un au départ d'ailleurs »

Cet infirmier *leader* a toutefois quitté le projet par la suite, à cause d'un désaccord entre professionnels, sur lequel nous reviendrons dans le chapitre 5.

Positionnement sécant et nouvelle forme d'expertise

Pour résumer les éléments que nous venons d'exposer, les multiples engagements ou « *casquettes* » des médecins porteurs des projets des MSP 2, 4 et 6 les positionnent au centre d'un réseau relationnel dense, à la croisée de différents univers. Cela leur permet d'accéder à certaines informations stratégiques et de mobiliser une diversité de ressources, non seulement au moment du montage du projet de MSP mais également une fois la structure ouverte. De plus, ces professionnels ont développé des savoirs et des savoir-faire nécessaires au projet et qui dépassent leurs connaissances médicales (gestion de projet, management d'équipe, connaissances administratives, juridiques ou financières, etc.) et le fait qu'ils soient les seuls à maîtriser ces savoirs les rend indispensables au sein du groupe pluriprofessionnel. Nous soutenons que ces deux sources de pouvoir, associées à l'acceptation de porter l'essentiel du coût de la rationalisation pour le groupe, sont au fondement du pouvoir de ces médecins *leaders* et en font les représentants voire les incarnations des MSP à l'extérieur. Notre cas d'étude fournit ainsi une nouvelle illustration de la théorie du pouvoir notamment proposée par Michel Crozier et Ehrard Friedberg, qui reconnaissent un pouvoir de « *marginal-sécant* » à l'acteur qui est à l'interface entre l'organisation et son environnement (ou entre plusieurs organisations) et maîtrise les relations avec cet environnement, ainsi qu'un pouvoir d'« *expert* » à celui qui maîtrise des savoirs ou des savoir-faire pertinents pour la réalisation de l'action collective (Crozier et Friedberg, 1977). Ces ressources trouvent leurs équivalents dans l'analyse sociologique de l'action publique que propose Patrick Hassenteufel, qui identifie des « *ressources sociales* » et « *positionnelles* » ainsi que des « *ressources de savoir* » déterminant la capacité des individus à accéder au processus de production de l'action publique (Hassenteufel, 2008a). Mais la capacité de ces médecins leaders de MSP à mener leur entreprise de transformation des pratiques dépend, d'un côté, de l'engagement des autres professionnels – qui se reposent sur eux pour respecter les nouvelles obligations contractuelles – et, d'un autre côté, du soutien des autorités publiques – qui s'appuient sur eux pour entraîner le reste du

groupe. Ces médecins leaders sont donc autant « *entrepris* » qu'« *entreprenant* », à l'image de l'entrepreneur-frontière décrit par Henri Bergeron, Patrick Castel et Etienne Nouguez (Bergeron, Castel et Nouguez, 2013).

Une question se pose encore, celle de savoir si ces projets peuvent survivre aux *leaders* qui les incarnent : si les *leaders* sont les seuls à maîtriser ces ressources indispensables au projet, que se passe-t-il à leur départ ? Nos données de terrain ne nous permettent pas de répondre à cette interrogation mais il serait intéressant de retourner visiter ces structures, notamment la MSP 6 dont le médecin *leader* est parti à la retraite depuis la fin de notre enquête.

2) Des médecins porteurs qui peinent à s'affirmer comme *leaders* dans les MSP 1, 3 et 5

L'identification de ces deux types de ressources, relationnelles et expertes, au fondement du pouvoir des médecins *leaders* des MSP 2, 4 et 6, nous permet de mieux comprendre les difficultés rencontrées par les médecins porteurs de projet dans les MSP 1, 3 et 5. Ces ressources font en effet davantage défaut aux médecins porteurs de ces trois projets, dans des configurations qui sont différentes d'une MSP à une autre.

Un *leader* qui pourrait s'affirmer : des ressources acquises progressivement par le médecin porteur de la MSP 1

La trajectoire du médecin porteur de la MSP 1 diffère de celles de ses homologues des autres structures dans la mesure où il ne se destinait pas spontanément à porter un projet de MSP : de ses propres dires, il n'avait ni la motivation ni les compétences nécessaires pour se lancer seul dans un tel projet. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 3, il a davantage été désigné par la mairie en tant que porteur de projet qu'il ne s'est spontanément affirmé dans ce rôle, et a accepté de se lancer à condition d'être accompagné. C'est ce qu'il explique ici :

> *« Il y a 4-5 ans, un collègue qui ne travaillait pas dans notre cabinet m'a dit qu'il aimerait bien monter une maison de santé. Et je lui ai dit : « Écoute,* ***moi j'ai trop de boulot, je ne me sens pas l'énergie****, ça aurait été il y a 10 ans peut-être, mais là... ».* ***C'est pas que je n'avais pas envie, mais ça m'a semblé un travail tellement colossal que j'ai abandonné l'idée****. Et puis, c'est la fac, le doyen du département de médecine générale, qui s'est tourné vers moi, parce que je suis enseignant là-bas, et qui m'a dit : « Voilà, le maire a envie d'avoir une maison de santé. Est-ce que vous ne connaissez pas un médecin qui serait capable de porter le projet ? ». Je lui ai dit : « Écoute,* ***moi je suis prêt à me lancer dans l'aventure mais voilà, si vous m'aidez****. »*

Parce que je ne savais pas par ou prendre le truc ! » (Médecin généraliste porteur de la MSP 1)

La mairie a alors proposé de financer un accompagnement par un cabinet de conseil (deux consultants du cabinet B, qui a également accompagné l'élaboration des projets de santé des MSP 4 et 5) et ce médecin reconnaît que cette aide extérieure a été une ressource déterminante pour la réussite du projet, qui a permis à l'équipe d'acquérir l'ensemble des savoir-faire nécessaires au montage d'un projet de MSP : non seulement des connaissances juridiques, financières et administratives mais également de la méthode pour manager l'équipe et monter le projet :

> Interviewé : *« Je pense qu'**ils n'auraient pas été là, le projet n'aurait jamais vu le jour.** C'est **trop technique**, trop logistique. **C'est eux qui nous ont aidés dans le cheminement**, parce que sinon, nous, on partait dans tous les sens. Et en fait, **ils nous ont aidés à structurer nos réunions, à structurer le projet** au fur et à mesure. Parce que eux, **ils ont l'habitude de monter ce type de projets** donc ils savent par quoi il faut commencer pour aboutir à des choses. Moi, B.* [consultant], ***il m'a appris plein de choses dans la façon de mener un groupe**. Il est capable, dans un groupe, de voir qui a envie de parler, qui n'ose pas parler, de donner la parole… Voilà, de mener le groupe. **Il nous a aidés aussi à monter le budget**, avec les charges, les loyers. Quand on a parlé du **logiciel**, le système d'information, ça dépassait ses compétences, mais ils sont venus avec quelqu'un qui pouvait répondre à nos questions. Euh, sur quoi aussi… ah oui, il nous a amené aussi **un expert sur le juridique**, la SISA. Donc même s'ils n'ont pas la réponse à tout, ils ont aussi des experts, ils savent vers qui se tourner pour amener la personne la plus à même de répondre. Donc ça, c'est super bien. **C'est extrêmement aidant.** »*
>
> Enquêtrice : *« Et E. ? »* (autre consultant)
>
> Interviewé : *« Et E., **il allait vraiment au-devant de nos peurs, il créait du lien**. Il avait un **rôle très apaisant**. Quand je dis qu'il a permis de créer du lien, **il nous a vraiment aidés à nous fédérer ensemble.** Oui, parce qu'**il savait de quoi il parlait, puisqu'il était du terrain*** [E. est médecin de formation]. *Je pense que **c'était un très gros atout pour mener le groupe**. Ça m'a beaucoup aidé pour faire le lien avec les autres professionnels. »* (Médecin généraliste porteur de la MSP 1)

Ce médecin reconnaît finalement que les consultant l'ont aidé à « *s'asseoir dans* [son] *rôle de porteur* » et à être accepté comme tel par ses collègues, ce que confirme l'une des deux consultants qui explique avoir vu ce médecin s'affirmer progressivement comme « *leader* » :

> *« Donc c'était un vrai travail de collaboration, avec eux. Il y avait **une vraie implication de ma part**. C'était une vraie collaboration. C'est comme ça que **je me suis approprié le projet. Tout ne venait pas de moi, même si je suis le porteur de projet**, eux ils faisaient le relai. Et en fait, à la fin, **on co-animait les réunions avec B., pour que petit à petit, on glisse vers moi**. Voilà, à la fin, les deux dernières réunions, c'est moi qui les animais avec lui à côté. **Ils m'ont permis de m'asseoir dans mon rôle de porteur quelque part**. »* (Médecin généraliste porteur de la MSP 1)

*

« Quand on est arrivés, nous, on avait en face ***deux médecins qui s'inquiétaient vaguement, avec une connaissance de l'exercice coordonné et regroupé qui était proche de zéro****. Donc ils voulaient faire quelque chose mais ils ne savaient vraiment pas trop quoi. On avait une mairie qui était vraiment volontaire mais qui ne savait pas trop comment faire à part soutenir un projet immobilier derrière. Et puis un acteur qui a quand même eu son rôle à jouer, la fac. Elle a quand même contribué* ***à pousser I.*** [médecin porteur]*. Parce que je pense que I., tout seul, il avait de la bonne volonté mais il ne savait pas ce qu'il pouvait faire.* ***C'était pas encore un leader. Alors qu'aujourd'hui oui, c'est ça qui est marrant. Il est vraiment identifié comme LE médecin de la maison de santé. Et je pense qu'en fait, cet accompagnement a notamment servi à donner une vision à I. et le faire monter en compétence****. E.* [autre consultant] *est d'ailleurs intervenu les six premiers mois pour faire ça,* ***pour donner une vision à I. et le faire prendre sa place de leader****. Et d'ailleurs, c'est pour ça qu'après, on a très bien fonctionné tous les deux, I. et moi, sans E. Lui il avait sa casquette de médecin et moi, je prenais tout le reste, la gestion de projet et cetera. »* (Consultant du cabinet B)

Nous avons pu constater nous-mêmes sur le terrain que ce médecin s'était affirmé depuis comme porteur – et potentiel *leader* – de projet : il est reconnu comme tel par le maire qui le qualifie de « *moteur professionnel* » et même de « *leader médical*[1] ». De leur côté, ses collègues de la MSP reconnaissent son engagement très important dans le projet, que plusieurs considèrent « *indispensable* » à la réussite du projet. Ils ne l'ont toutefois pas explicitement qualifié de « *leader* » ou « *moteur* » (contrairement aux professionnels des MSP 2, 4 et 6). Pour résumer, si ce professionnel a accepté comme ses homologues des autres MSP de porter l'essentiel du coût de la rationalisation pour le groupe, il lui a manqué certaines ressources, et notamment un réseau professionnel, institutionnel et politique dense, pour s'affirmer comme *leader* naturel de la MSP.

Défaut de *leadership* : des ressources divisées dans la MSP 5 et un médecin porteur isolé dans la MSP 3

Dans les deux dernières structures de notre échantillon les médecins porteurs rencontrent des difficultés à s'affirmer comme *leaders*, qu'ils soient divisés (MSP 5) ou isolé (MSP 3)

MSP 5

Pour accéder à notre terrain d'enquête dans la MSP 5, nous avons contacté un médecin identifié comme porteur de projet par la FFMPS ainsi que le consultant qui avait participé à

[1] Entretien non enregistré avec le maire de la commune.

l'élaboration du projet de santé (du cabinet B). Nous avons dès lors été surpris, au moment de notre arrivée sur le terrain, de rencontrer d'abord en entretien un professionnel paramédical (diététicien) et un médecin se présentant comme les coordinateurs de la structure : ceux-ci étaient responsables de la gestion juridique et comptable de la MSP, ainsi que du système d'information. Nous n'avons rencontré que dans un deuxième temps le médecin que nous avions eu par téléphone et que nous pensions être le porteur de projet. Cette entrée sur le terrain de la MSP 5 dénote avec notre expérience dans les autres structures : dans celles-ci, nous avons en effet systématiquement commencé notre enquête par de longs entretiens biographiques avec les médecins porteurs, qui nous faisaient la visite de la MSP, l'inventaire de toutes les actions menées et l'introduction aux autres professionnels. Cette expérience de terrain nous est apparue par la suite révélatrice de la dynamique conflictuelle entre le médecin à l'initiative du projet de MSP et ce second médecin, que nous avons déjà évoquée dans le chapitre 3 et sur laquelle nous reviendrons en détail dans le chapitre 5.

Soulignons seulement ici que ces tensions nous semblent être symptomatiques d'un défaut de *leadership* dans cette structure. Ces deux médecins ne disposent pas des mêmes ressources : l'un a semble-t-il un réseau local plus dense (en relation avec le directeur de l'hôpital avec lequel il a conduit le projet de GCS) alors que l'autre maîtrise certains savoir-faire nécessaires au projet de MSP, notamment juridiques, comptables et informatiques. Cette répartition des ressources pourrait rappeler le cas de la MSP 4, mais contrairement aux médecins de cette autre structure, les deux médecins de la MSP 5 ne semblent pas disposés à faire alliance pour mettre en commun leurs ressources. L'émergence d'un *leadership* collectif est dès lors compromise.

MSP 3

Le cas de la MSP 3 est finalement à part car cette structure n'avait pas contractualisé avec l'ARS et la CPAM au moment de notre enquête. Ce blocage du processus de contractualisation s'explique selon nous par la difficulté du médecin généraliste à l'initiative du projet à faire alliance avec des partenaires essentiels au projet, à savoir l'ARS et la CPAM (voir chapitre 3). Rappelons d'ailleurs que, contrairement à ses homologues des autres MSP, ce professionnel n'a pas de multiples engagements professionnels, institutionnels ou même politiques. Sa carrière, moins longue, peut éventuellement expliquer la fragilité de son réseau relationnel. Ainsi, malgré

son acceptation de porter l'essentiel du coût de la rationalisation pour le groupe, ce médecin généraliste ne disposait pas des ressources pertinentes pour le projet, contrairement à ses homologues des autres MSP, et s'est « *épuisé* » de son propre aveu (cf. *supra*) face à la charge de travail. Rappelons toutefois que ce professionnel a bénéficié de l'accompagnement d'un consultant du cabinet B mais que cela n'a pas été suffisant à l'asseoir dans son rôle de médecin *leader*.

Conclusion du chapitre : Des médecins *leaders* de MSP… et de la réforme des soins primaires ?

La mise en perspective des expériences des médecins généralistes porteurs de nos six MSP nous a permis de constater que seuls certains d'entre eux parvenaient à tirer profit de leur nouveau rôle organisationnel pour s'affirmer comme *leaders* des MSP. Le positionnement sécant ou frontalier de ces professionnels (du fait d'un réseau relationnel dense), ainsi que la maîtrise de certains savoir-faire indispensables à l'élaboration du projet (connaissances administratives, juridiques et financières, management d'équipe, gestion de projet…) sont selon nous au fondement du pouvoir de ces médecins *leaders* et de leur légitimité pour mener ces projets de transformation des pratiques. La légitimité des médecins *leaders* se joue non seulement à l'intérieur des organisations, dans la mesure où ils doivent emporter l'adhésion de leurs collègues, mais également à l'extérieur, puisque ces professionnels doivent parvenir à faire alliance avec les acteurs institutionnels locaux (administration sanitaire, Assurance Maladie, collectivités territoriales et organisations professionnelles). Que le *leadership* soit assimilé à un seul médecin généraliste qui incarne la MSP (dans les MSP 2 et 6), ou partagé par plusieurs médecins qui allient leurs ressources (dans la MSP 4), il est ainsi nécessairement collectif, dans la mesure où les *leaders* dépendent de ces autres acteurs, internes et externes, qui concourent à leur entreprise de changement. Les différents travaux sociologiques sur le rôle des entrepreneurs de changement que nous avons évoqués ont d'ailleurs mis en évidence l'encastrement de ces acteurs dans des collectifs (Bergeron, Castel et Nouguez, 2013). Cette observation fait également écho au « *leadership pluriel* » décrit par Olivier Borraz, qui souligne que « *le succès du leadership repose sur la somme des relations qu'établit un leader avec les individus qui concourent au commandement d'un groupe ou d'une masse* (…) *ce qui signifie*

que son autorité est indissociable des relations qu'il noue avec ceux qui concourent au leadership » (Borraz, 2003, p. 128-129).

Remarquons pour finir que les MSP où s'affirment ces médecins *leaders* sont précisément celles que nous avons identifiées comme *innovantes* dans le chapitre 3, c'est-à-dire celles où les professionnels parviennent le mieux à tirer parti de la contractualisation et à s'approprier le contenu de la politique qu'ils sont supposés mettre en œuvre. Nous soutenons qu'en s'affirmant comme *leaders* dans des MSP qui sont à l'avant-garde de la transformation des soins primaires et qui sont soutenues dans leurs innovations par les autorités sanitaires, ces médecins s'affirment plus largement comme *leaders* ou *pionniers* des soins primaires. Nous rejoignons ce faisant les auteurs qui considèrent que le mouvement de rationalisation dans le secteur de la santé s'accompagne d'un processus de « *restratification* » au sein de la profession médicale. Eliot Freidson (Freidson, 1985) a décrit le premier ce phénomène, qui conduit à la formation d'une « *élite* » médicale qui, tout en continuant d'exercer, s'assure de la mise en œuvre des procédures managériales et notamment des normes de pratiques et les impose au reste de la profession. Cette position permet non seulement à ces médecins d'évaluer leurs pairs, mais aussi de mener directement les négociations avec les autorités publiques pour influencer la définition des nouvelles procédures managériales. Plusieurs études sur les soins primaires en Angleterre ont emprunté ce concept de restratification pour étudier les effets des réformes néo-managériales sur les *General Practioners* (GPs). Rod Sheaff, Keri Smith et Marny Dickson ont notamment décrit la formation d'une « *coalition dominante* » de GPs profitant du processus de restructuration des soins primaires avec l'introduction des *Primary Care Groups* (PCG)[1] et des *Primary Care Trusts* (PCT)[2] pour influencer la politique des soins primaires menée par le *National Health Service* (Sheaff, Smith et Dickson, 2002). Ruth McDonald, Kath Checkland, Stephen Harrison et Anna Coleman ont également identifié la formation d'une « *élite* » médicale qui se considère elle-même comme visionnaire quant à l'organisation des soins primaires en Angleterre : « *Beaucoup de GPs* [participant aux réunions stratégiques des PCT] *semblent s'identifier à une élite, se présentant en réunions comme ceux qui ont « sauté le pas »*

---

[1] Structures de soins primaires introduites par le *National Health Service* (NHS) en 1999, les *Primary Care Groups* (PCG) regroupent des GPs, des infirmiers ainsi que d'autres professionnels de santé ou sociaux dans l'objectif d'améliorer l'état de santé au niveau communautaire.

[2] Créés en 2002 (et supprimés en 2013), les *Primary Care Trusts* s'apparentaient à des agences administratives locales responsables de l'organisation des soins primaires.

vers une vision d'ensemble des soins primaires, et décrivant leurs collègues comme étant moins éclairés et ayant une vision plus limitée[1] » (McDonald et al., 2009, p. 1204). Acteurs de changement à l'intérieur des MSP et promoteurs d'un nouveau mode d'exercice à l'extérieur des MSP, les médecins *leaders* de MSP s'apparentent bien selon nous à une « *élite* » de la médecine générale, pionnière des soins primaires. Ce chapitre nous a toutefois permis de voir que la capacité de ces médecins à s'affirmer dans ce rôle dépendait, d'un côté, de l'engagement des autres professionnels des MSP – qui se reposent sur eux pour mener cette entreprise de transformation de leur mode d'exercice – et, de l'autre côté, du soutien des autorités sanitaires – qui s'appuient sur eux pour entraîner les autres professionnels. Ces entrepreneurs de changement locaux sont ainsi « *entrepris* » eux-mêmes, pour reprendre la lecture symétrique d'Henri Bergeron, Patrick Castel et Étienne Nouguez (Bergeron, Castel et Nouguez, 2013).

[1] Dans le texte : « *Many board GPs appeared to identify themselves as an elite, referring to themselves in meetings as the ones who had 'made the leap' to seeing the wider picture concerning primary care provision, painting their colleagues as less enlightened and more limited in their outlook* » (McDonald et al., 2009, p. 1204).

Chapitre 5 – Deux conceptions de la coordination pluriprofessionnelle en MSP : une organisation des soins collégiale ou hiérarchisée et médico-centrée ?

« *All animals are equal, but some animals are more equal than others.* »
George Orwell, *Animal Farm, fairy story*, 1945

Dans le secteur de la santé, la coordination n'est pas nouvelle tant elle est inhérente aux prises en charge en tant qu'actions collectives (Bergeron et Castel, 2010 ; Bloch et Hénaut, 2014). Toutefois, considérée comme faisant défaut (*a fortiori* dans le secteur ambulatoire où les professionnels sont majoritairement libéraux et, par conséquent, libres dans l'organisation de leur exercice), elle est présentée depuis les années 1990 en France comme un problème[1] qui justifie l'intervention des autorités publiques et fait l'objet de différents projets de réforme dans un souci d'amélioration de la qualité soins et d'efficacité du système de santé (Bloch et Hénaut, 2014 ; Robelet, Serré et Bourgueil, 2005). Nous avons évoqué, dans le premier chapitre de cette thèse, les différents types de dispositifs au service de ce nouvel objectif d'organisation des soins dans le secteur ambulatoire, et précisé que certains reposaient sur les patients (notamment le dispositif obligatoire du médecin traitant) alors que d'autres ciblaient les professionnels et les incitaient à se coordonner : il s'agit de nouvelles organisations (réseaux de santé, maisons ou pôles de santé) mais aussi de nouveaux outils (parcours de soins, protocoles de coordination, expérimentations dans le cadre de l'« *article 51* »[2]…) qui participent d'un mouvement plus global de rationalisation des pratiques des professionnels de santé libéraux[3]. Comme le remarquaient déjà Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil dans leur étude sur les réseaux de santé, le fait nouveau ici n'est pas la coordination elle-même, mais la promotion d'un certain mode de coordination, formalisé : « *Le caractère novateur des incitations multiples*

[1] Nous renvoyons au premier chapitre, dans lequel nous proposons une analyse du cadrage du « *problème public* » de l'accessibilité aux soins, en termes de « *désertification médicale* » et de déficit de coordination.

[2] Voir encadré 3 du chapitre 2

[3] Pour une histoire de la coordination et des parcours, nous renvoyons à l'ouvrage détaillé de Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut, qui analyse le processus d'innovation en matière de coordination dans les secteurs sanitaire, social et médico-social (Bloch et Hénaut, 2014).

à la coordination ne réside ni dans la fonction de coordination elle-même, qui existe dans toute situation de travail mettant en relation plusieurs acteurs, ni dans son objectif, consensuel, d'amélioration de la qualité des soins, mais dans l'injonction à la mise en place d'un mode particulier de coordination : la coordination formalisée » (Robelet, Serré et Bourgueil, 2005, p. 234). Il s'agit donc de formaliser des échanges entre professionnels qui répondaient jusque-là à des dynamiques locales et contingentes en fonction des besoins et de la volonté des professionnels de se coordonner. Plusieurs travaux sur la médecine de ville ont en effet montré que l'exercice dit isolé, longtemps majoritaire en France dans le secteur ambulatoire libéral, n'était pas incompatible avec des pratiques informelles de coopération entre médecins, entre médecins et auxiliaires médicaux mais aussi entre médecins et acteurs hospitaliers et médico-sociaux (Baudier et al., 1998 ; Bloy et Schweyer, 2010 ; Bourgeois, 2007).

Les MSP ayant signé l'ACI (Accord Convention Interprofessionnel) représentent selon nous un terrain d'enquête privilégié pour comprendre les enjeux de ce nouveau mode de coordination formalisée, dans la mesure où ces organisations reposent sur des outils et des procédures qui ont bien pour objectif de formaliser les rôles et les moments d'intervention des professionnels de santé : les protocoles pluriprofessionnels de soins reconnaissent des rôles et des domaines d'intervention différents et complémentaires aux professionnels de santé et définissent les modalités d'articulation de leurs interventions ; les réunions de concertation pluriprofessionnelle et le système d'information posent les règles du partage d'informations pour faciliter cette articulation ; et la fonction de coordination prévoit les missions des personnes chargées de s'assurer de la mise en œuvre de ces nouvelles procédures de coordination.

La coordination formalisée en MSP présente par ailleurs une spécificité qui est au centre du questionnement de ce chapitre : elle est *pluriprofessionnelle* (cf. encadré 1, ci-dessous). Ce qualificatif caractérise non seulement l'organisation elle-même (maison de santé *pluriprofessionnelle*) mais aussi les outils de coordination qui y sont déployés (réunions de concertation *pluriprofessionnelle* et protocoles *pluriprofessionnels* de soins). À la lecture de la définition qu'en donne la FFMPS (Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé), la pluriprofessionnalité implique le concours de professionnels de différentes professions à la même action collective, qui sont considérés complémentaires du fait de leurs compétences : « *La pluriprofessionnalité consiste à faire concourir à un même objectif plusieurs professionnels de professions différentes. Elle utilise la complémentarité des savoirs et des*

compétences pour améliorer la résolution des problèmes rencontrés[1] ». Mais à quelle logique d'organisation des soins renvoie justement cette complémentarité : à une égalité entre des professionnels aux rôles et positionnements interchangeables et non-hiérarchisés, qui sont symétriquement engagés dans l'action collective ? Ou à une complémentarité en vertu de laquelle certains professionnels occupent une place particulière et décident des rôles subsidiaires des autres professionnels ? En d'autres termes, la coordination pluriprofessionnelle remet-elle en question la hiérarchie professionnelle traditionnelle entre médecins et professionnels paramédicaux ?

Pour répondre à cette question, nous nous attacherons dans ce chapitre non seulement à mettre en lumière les principes d'organisation qui sous-tendent la définition formelle de la coordination pluriprofessionnelle en MSP mais aussi la manière qu'ont les professionnels d'utiliser ces nouvelles règles de coordination sur le terrain. Les travaux de Talcott Parsons, de Malcolm Waters ainsi que d'Emmanuel Lazega et Olivier Wattebled sur la collégialité sont éclairants pour comprendre la tension entre la nouvelle conception de la coordination – pluriprofessionnelle – et la hiérarchie traditionnelle entre professionnels de santé. La MSP présente en effet formellement toutes les caractéristiques d'une organisation collégiale, telle que définie par Talcott Parsons et Malcolm Waters (Parsons, 1971 ; Parsons et Platt, 1973 ; Waters, 1989, 1993). C'est Max Weber, dans son ouvrage *Économie et société* (Weber, 1978 [1922]), qui introduit le concept de collégialité, bien qu'il n'en propose pas une définition spécifique. La conception qu'il en donne pourrait se résumer à l'idée d'une limitation de la concentration du pouvoir dans les mains d'un chef monocratique, grâce à la reconnaissance d'une pluralité d'individus chargés de la co-production des règles dans l'organisation bureaucratique. En pratique, il s'agit de créer des comités d'experts pour prendre des décisions, selon un principe d'unanimité (ou, à défaut, de majorité), afin d'éviter de s'en remettre à un seul expert. Talcott Parsons (Parsons, 1971 ; Parsons et Platt, 1973) et Malcolm Waters (Waters, 1989, 1993) ont cherché à se défaire de cette conception instrumentale de la collégialité chez Max Weber, qui en faisait un simple procédé bureaucratique visant à améliorer l'efficacité de l'organisation tout en limitant l'autonomie des experts au sein de celle-ci. Ces deux auteurs réinterrogent en effet le lien entre bureaucratie et collégialité, non plus en mettant la seconde au service de la première, mais en distinguant les organisations bureaucratiques des

[1] https://www.ffmps.fr/definitions-et-legislations/lexique/, consulté le 01/102019.

organisations collégiales. Malcom Waters propose une définition idéal-typique de la collégialité qui repose sur trois grands principes (que l'on trouve déjà chez Talcott Parsons) : l'égalité entre les professionnels de l'organisation du fait de leurs domaines d'expertise spécialisés qui les rend interdépendants ; la prise de décision collective qui est orientée vers le consensus (ou, à défaut, vers le vote démocratique) et l'autonomie de l'organisation collégiale qui peut s'autoréguler. Selon Malcolm Waters, la collégialité est davantage susceptible d'exister dans des organisations privées de petite taille où les tâches administratives sont assurées par les professionnels eux-mêmes, qui cumulent de ce fait des rôles professionnels et bureaucrates et sont moins susceptibles d'être soumis à une autorité bureaucratique externe[1]. Derrière cette définition idéal-typique de l'organisation collégiale, l'auteur reconnaît cependant qu'il n'existe pas d'organisation entièrement épargnée par une forme de contrôle bureaucratique extérieur et que les prises de décisions relèvent toujours en pratique d'une articulation entre des déterminants collégiaux et bureaucratiques. Si ces analyses néo-wébériennes permettent de conceptualiser les dimensions formelles des organisations collégiales, des travaux récents (qui ont analysé le phénomène collégial dans des organisations associatives et des cabinets d'avocats d'affaires (Lazega, 1999) ainsi que dans un diocèse catholique (Lazega et Wattebled, 2010)) se sont davantage intéressés aux pratiques informelles qui sous-tendent la collégialité, notamment les négociations autour des valeurs et des règles qui permettent d'atteindre un consensus ou un « *modus vivendi* » entre les membre d'une organisation. Emmanuel Lazega et Olivier Wattebled proposent notamment une nouvelle conception de la collégialité, qui se distingue de la collégialité bureaucratique de type wébérienne, dans la mesure où elle n'est pas décrétée par les autorités dans un mouvement « *top down* » : à travers une étude de réseaux dans une organisation ecclésiastique, ils mettent en évidence une collégialité « *bottom up* », forme organisationnelle propre qui relève d'« *une division informelle du travail* [qui] *crée des interdépendances et s'appuie sur une discipline sociale particulière qui aide les membres* [de l'organisation] *à maintenir leur coopération et leur engagement actif, à entretenir certaines formes de consensus* » (Lazega et Wattebled, 2010, p. 497). La collégialité relèverait ainsi d'une régulation sociale locale indispensable à la coopération des professionnels et à la division du travail.

[1] Il rompt ce faisant avec la définition wébérienne de l'organisation bureaucratique qui se structure autour de trois types de membres, à savoir le leader, le personnel administratif et le reste des membres de l'organisation.

Cette conception *bottom up* de la collégialité nous semble particulièrement opérante pour comprendre l'utilisation que les professionnels de santé que nous observons font eux-mêmes des procédures formelles de coordination en MSP. Notre argument est que les autorités sanitaires d'un côté (à travers les procédures formelles de coordination définies dans l'ACI), et les professionnels de santé de l'autre (dans leurs discours), affichent une conception collégiale de la coordination pluriprofessionnelle. Mais derrière les objectifs affichés de consensus et d'égalité entre professionnels, nous allons voir que l'utilisation que ceux-ci font des procédures de coordination continue de s'inscrire dans une conception hiérarchisée et médico-centrée de la coordination pluriprofessionnelle : les protocoles, les outils de partage d'informations ainsi que la fonction de coordination permettent en pratique aux médecins généralistes de s'affirmer dans un rôle à part et dominant au sein du groupe pluriprofessionnel, en tant que professionnels qui centralisent l'information, maîtrisent les décisions et garantissent la mise en œuvre de la coordination vis-à-vis des autorités sanitaires. Ainsi, la mise en perspective des règles formelles de la coordination en MSP et de leur utilisation en pratique fait émerger une tension entre deux conceptions différentes de la coordination pluriprofessionnelle, l'une collégiale et l'autre hiérarchisée et médico-centrée.

Ce chapitre est organisé en trois parties. Dans la première (A), nous montrerons que le concept de coordination pluriprofessionnelle dans le secteur ambulatoire, dont la loi HPST de 2009 a précisé les contours, est ambivalent dans la mesure où il tend à mettre en équivalence les professionnels qui se coordonnent, tout en distinguant le médecin généraliste en tant que prescripteur des soins des autres professionnels et coordinateur de leurs interventions. Nous verrons dans la deuxième partie (B) que les procédures formelles de coordination introduites par l'ACI font des MSP un modèle d'organisation collégiale, et montrerons que la collégialité devient une nouvelle norme organisationnelle instrumentalisée par les autorités sanitaires et les professionnels de santé des MSP. Dans la troisième partie (C), nous expliquerons comment, malgré cette norme partagée de la collégialité, une conception hiérarchisée et médico-centrée de la coordination pluriprofessionnelle prend forme en pratique, du fait de l'utilisation que les professionnels font eux-mêmes des procédures de coordination.

Encadré 1 : Pluriprofessionnalité et pluridisciplinarité

Si les différents textes législatifs sont aujourd'hui harmonisés et parlent de maisons de santé *pluriprofessionnelles*, il n'est pas rare d'entendre ou de lire (en entretien, dans les discours politiques ou les médias) les appellations *maisons de santé pluridisciplinaires* ou, dans une moindre mesure, *maisons médicales*. Les termes *pluriprofessionnel* et *pluridisciplinaire* ne sont toutefois pas synonymes et renvoient à des conceptions différentes de l'organisation des soins.

L'Irdes (Afrite et al., 2013) rappelle ainsi que le terme *pluriprofessionnel* désigne une association de différentes professions de santé (médicales – médecins généralistes, sages-femmes, dentistes – mais également paramédicales – infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, etc. –, voire non sanitaires comme les professionnels sociaux et médico-sociaux ou les secrétaires), alors que le qualificatif *pluridisciplinaire* renvoie aux différentes disciplines médicales. Le terme *pluridisciplinaire* est ainsi impropre pour qualifier l'exercice en MSP (*a fortiori* le terme *médical*, qui occulte la présence des professionnels non-médecins) et laisse entendre que l'action collective s'organise entièrement autour de la figure du médecin. Il est d'ailleurs symptomatique, selon nous, que certains de nos interviewés (professionnels et administratifs) parlent eux-mêmes de maisons médicales ou pluridisciplinaires : ils alimentent ce faisant une conception médico-centrée de l'exercice pluriprofessionnel, sur laquelle nous nous penchons dans ce chapitre.

La traduction formelle de la pluriprofessionnalité affichée dans la définition officielle des MSP a été opérée par une circulaire de la DGOS de 2010 (proposant un « Cahier des charges des maisons de santé pluriprofessionnelles ») : pour être qualifiée de pluriprofessionnelle, une maison de santé doit réunir « *au minimum deux médecins et un professionnel paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute)* ».

A - Une définition ambivalente de la coordination pluriprofessionnelle en soins primaires

La question de la coordination est inséparable du débat autour de l'organisation des soins primaires. Sans revenir sur l'émergence du problème de déficit de coordination (qui, comme nous l'avons montré dans le premier chapitre, fait partie intégrante du problème des « *déserts médicaux* ») ni faire une nouvelle analyse historique du développement des dispositifs de coordination dans le secteur de la santé (nous renvoyons pour cela aux travaux détaillés de Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut (Bloch et Hénaut, 2014) ainsi qu'à l'étude plus spécifique sur les réseaux de santé de Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil (Robelet, Serré et Bourgueil, 2005)), l'objectif de cette première partie est de comprendre le processus politique de définition de la coordination pluriprofessionnelle dans le secteur des soins primaires : À quels principes d'organisation répond-elle ? Quels rôles attribue-t-elle aux différents professionnels et quelles modalités d'articulation de leurs interventions prévoit-elle ? Finalement, à quelle conception de la coordination renvoie le terme « *pluriprofessionnelle* » ? Nous montrons dans un premier temps que le concept de coordination pluriprofessionnelle demeure assez ambivalent pour que l'observateur y trouve simultanément une confirmation du

rôle distinctif et dominant du médecin généraliste et une indifférenciation – voire une mise en équivalence – des rôles des différents professionnels qui concourent aux prises en charge coordonnées (1). Nous nous intéressons dans un second temps au rôle que les médecins généralistes ont pu eux-mêmes jouer dans le processus de définition de la coordination pluriprofessionnelle (2).

1) Un médecin généraliste qui coordonne les soins primaires... ou des professionnels de soins primaires qui se coordonnent ?

En proposant une réorganisation du système de santé en niveaux de recours et en identifiant une variété de professionnels et de structures qui participent à l'offre de soins de premier recours (ou soins primaires) aux côtés des médecins généralistes, la loi HPST de 2009 semble marquer une rupture : elle tend à gommer la distinction classique entre professionnels médicaux et paramédicaux de soins primaires. Nous allons voir toutefois que le législateur continue de manière ambivalente à reconnaître une position et des missions particulières au médecin généraliste, le confirmant dans son rôle de prescripteur et de coordinateur des interventions des autres professionnels.

Un médecin généraliste prescripteur… et des professionnels « *prescrits* »

Le Code de la santé publique[1] reconnaît depuis toujours des compétences propres aux professions médicales (parmi lesquelles les médecins généralistes, les sages-femmes ou les dentistes, que nous retrouvons en MSP). Les médecins sont en effet les seuls professionnels de santé autorisés à pratiquer des actes médicaux et à avoir le droit de prescription. Quant aux professionnels paramédicaux (que nous retrouvons également en MSP, parmi eux les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les orthophonistes et les diététiciens), ils exercent leurs soins en partie sur prescriptions médicales. Le Code de la santé publique reconnaît toutefois des compétences particulières à certains paramédicaux, en dehors de ces prescriptions : les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes ont la compétence légale de

[1] Les missions des professionnels de santé sont définies dans la quatrième partie du Code de la santé publique, au Livre Ier pour les professions médicales, au Livre II pour les professions de la pharmacie et au Livre III pour les professions paramédicales.

prescrire des produits ou des dispositifs relevant de leur rôle propre ou nécessaires à leur exercice ; les pédicures-podologues peuvent pratiquer des soins d'hygiène et confectionner des semelles sans prescriptions médicales ; les orthophonistes peuvent exercer en dehors de prescriptions médicales mais leurs prises en charge ne sont alors pas remboursées ; et les diététiciens peuvent dispenser librement des conseils nutritionnels. Parmi les professionnels rencontrés en MSP, seuls les psychologues ne figurent pas parmi les professions régulées par le Code de la santé publique et exercent en dehors de toute prescription médicale. À la lecture des missions des professionnels, il émerge ainsi une partition entre les médecins prescripteurs et les autres professionnels dont les interventions sont prescrites.

À partir des années 2000, des compétences diagnostiques commencent toutefois à être reconnues à certains paramédicaux, avec l'instauration du bilan diagnostique kinésithérapique (BDK) en 2000 et de la démarche de soins infirmiers (DSI) en 2002. Mais il faudra attendre la loi de modernisation du système de santé de 2016[1] et ses décrets d'application de 2018[2] pour reconnaître aux professionnels paramédicaux (les infirmiers seulement, à ce stade) des compétences d'analyse clinique, de diagnostic, de prescription et d'orientation des patients, désignées par l'expression « *pratique avancée* » (cf. encadré 2, ci-dessous). Cette évolution législative représente une vraie rupture en termes de régulation des compétences des professionnelles, dans la mesure où des professions paramédicales acquièrent officiellement des prérogatives jusque-là réservées aux médecins. Toutefois, les conditions pratiques d'exercice de ces nouvelles compétences infirmières confortent indirectement la position particulière des médecins : les infirmiers de pratique avancée ne peuvent en effet réaliser ces activités que dans le cadre d'une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin (comme en MSP par exemple). Les pharmaciens d'officine ont également vu leurs compétences légales s'élargir, notamment en 1999 quand ils obtiennent le droit de remplacer un médicament prescrit par un autre sans l'accord du médecin prescripteur (Nouguez, 2017) et en 2019 avec l'autorisation de vacciner les patients.

---

[1] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

[2] Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

Encadré 2 : La pratique avancée pour les infirmiers

La pratique avancée pour les infirmiers a été définie au niveau international par le Conseil International des Infirmiers (CII) en 2002 : « *Une infirmière de pratique avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer* ». Le principe est de reconnaître aux infirmiers de nouveaux domaines d'interventions qui relevaient jusqu'alors de prérogatives médicales.

Les origines de ce concept remontent aux années 1960 aux États-Unis, où des *nurses practitioners* (infirmières praticiennes) ont été autorisées à prescrire et à réaliser des actes médicaux, ce qui a également été rapidement le cas en Angleterre, en Ontario et au Québec (Bourgueil, 2010 ; Haute Autorité de Santé, 2007).

La France ne reconnaît que tardivement la pratique avancée, avec la loi de modernisation du système de santé de 2016 et l'introduit à l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique. Celui-ci dispose que « *les auxiliaires médicaux* (…) *peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin* » (par exemple une maison de santé). Ils peuvent également exercer dans le secteur ambulatoire « *en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire* » et « *en établissements de santé ou en établissement médico-sociaux coordonnée par un médecin* ». Les auxiliaires de pratique avancée ne peuvent ainsi exercer que dans une équipe encadrée par un médecin. Par ailleurs, deux décrets d'application datant de 2018 prévoient les conditions d'application de la pratique avancée pour la profession infirmière (avant de l'élargir à d'autres professions). Ces décrets précisent les activités que recouvre la pratique avancée pour les infirmiers (à savoir l'orientation, l'éducation, la prévention et le dépistage ; des actes d'évaluation, de surveillance et de conclusion clinique ; des prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale, d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales) et trois domaines d'intervention spécifiques (pathologies chroniques stabilisées et polypathologies courantes en soins primaires ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale). Ils précisent également que la pratique avancée exige une formation de deux ans de niveau master et est accessible aux infirmiers ayant au minimum 3 ans d'expérience.

Un médecin généraliste coordinateur… et des professionnels coordonnés

Le médecin généraliste n'est pas seulement celui qui prescrit les soins que d'autres exécutent, il est aussi celui qui organise et suit la trajectoire du patient en l'adressant à d'autres professionnels de santé, médecins spécialistes, d'un côté, et professionnels paramédicaux, de l'autre.

En 1997, le dispositif optionnel du médecin référent[1] reconnaît pour la première fois au médecin généraliste un rôle spécifique d'« *adresseur* » vers les médecins spécialistes : le patient est incité à consulter en premier lieu son médecin généraliste référent, qui l'oriente vers

[1] Introduit par la convention nationale des médecins généralistes signée le 12 mars 1997.

un spécialiste s'il le juge nécessaire. Le patient bénéficie en échange du tiers payants et le médecin touche un forfait pour chaque patient inscrit. Le dispositif du médecin référent sera rapidement abandonné et remplacé par celui du médecin traitant en 2004[1], plus contraignant : pour le patient, les remboursements de l'Assurance Maladie sont minorés en cas de non-inscription auprès d'un médecin traitant ou de recours direct à un spécialiste ; pour le médecin traitant, le forfait n'est versé que pour les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) et est inférieur à celui qui était prévu dans le cadre du médecin référent. Par ailleurs, le dispositif du médecin traitant est élargi à tous les médecins (généralistes et spécialistes), contrairement au médecin référent qui était réservé aux seuls généralistes. Cette nouvelle logique d'organisation des prises en charge dans le secteur ambulatoire, à travers le médecin référent d'abord et le médecin traitant ensuite, reconnaît aux médecins non seulement un rôle de porte d'entrée (ou « *gatekeeper »*) dans le système de santé (Dourgnon et Naiditch, 2009 ; Reibling et Wendt, 2012) mais aussi un rôle de coordinateur des interventions des autres professionnels. Dès lors, il n'est pas étonnant que l'élargissement du dispositif du médecin traitant aux spécialistes ait donné lieu à des contestations dans les rangs des généralistes, qui se sont vu retirer l'exclusivité de ce rôle.

La loi HPST de 2009 viendra toutefois reconnaître une place particulière au médecin généraliste dans le système de santé et, plus précisément, dans le secteur des soins primaires. L'article 36 de ce texte rappelle en effet ses prérogatives médicales générales (participation aux activités de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement, de suivi des maladies et d'éducation pour la santé) mais lui attribue aussi de nouvelles missions spécifiques dites de « *premier recours* », inscrites au Code de la santé publique à l'article L. 4130-1 (cf. encadré 3 ci-dessous). D'une part, il revient au médecin généralise d'orienter le patient dans le système de santé (le médecin généraliste de soins primaires semble dès lors se confondre avec le médecin traitant). D'autre part, et ce point est ici central, l'article 36 fait du médecin généraliste le garant de la coordination des soins. D'abord, les patients sont présentés comme ceux du médecin généraliste, qui doit en effet « *s'assurer de la coordination des soins nécessaire à* ***ses*** *patients* » (alinéa 3). Ensuite, le médecin généraliste « *veille* » à l'application des protocoles et des prises en charge alors que les autres professionnels « *participent* » simplement à ces prises en charge (alinéa 4). Enfin, le médecin généraliste est celui qui centralise toutes les informations

[1] Introduit par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

sur les patients, « *transmises* » par les autres professionnels de santé (alinéa 5). Pour résumer, le médecin généraliste de premier recours est celui qui centralise les informations et décide de la coordination des soins qu'il estime nécessaire pour « *ses* » patients, tandis que les autres professionnels ne sont cités que dans la mesure où ils concourent à la bonne réalisation de ces activités. La loi HPST marque finalement selon nous une évolution dans la conception de la coordination en soins primaires et du rôle du médecin généraliste : elle fait de la coordination non seulement une « *prestation* » offerte au médecin généraliste comme appui pour ses prises en charge (comme l'ont montré Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil dans le cas des réseaux de santé (Robelet, Serré et Bourgueil, 2005, p. 244)) mais aussi une « *mission* », dans la mesure où le médecin généraliste devient le garant des prises en charge coordonnées devant les autorités sanitaires. Cela pose d'ailleurs la question sous-jacente de la volonté des médecins généralistes de remplir cette fonction de coordinateur. Or, comme le remarquait Aline Sarradon-Eck, tous « *n'aspirent pas à jouer ce rôle en permanence, certains voulant être de simples consultants, sans rôle de coordination »* (Sarradon-Eck, 2010, p. 258).

Encadré 3 – Les « missions du médecin généraliste de premier recours »

Article 36 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (modifiant l'article L. 4130-1 du Code de la santé publique) :

« *Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :*

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

D’autres professionnels de soins primaires aux côtés du médecin généraliste

Mais simultanément, la loi HSPT de 2009 ainsi que la LFSS de 2007[1] prévoient de nouvelles modalités d’organisation et de financement du système de santé faisant émerger d’autres professionnels de santé aux côtés du médecin généraliste et invitant à réinterroger la spécificité du rôle de celui-ci. D’une part, la loi HPST introduit pour la première fois en France la notion de *soins primaires* (ou *soins de premiers recours*, dans le texte). Or le texte évoque d’autres professionnels, aux côtés des médecins, qui participent de cette offre de premier recours, sans les nommer toutefois explicitement : « *Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l’article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l’offre de soins de premier recours*[2] » mais aussi les « *professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens*[3] » qui exercent justement en MSP. Le médecin généraliste n’est donc plus le seul point d’entrée des patients dans le système de santé. Pour Françoise Bouchayer, qui s’est attachée à comprendre ce qui rapproche les médecins généralistes des autres professionnels soignants tels que les infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes, la position commune de « *première ligne* » dans le système de santé, mais aussi l’autonomie que partagent ces différents professionnels dans la définition du contenu et de l’organisation de leur travail ainsi que dans leurs relations individuelles avec les patients, invitent finalement à reconsidérer la distinction habituelle entre « *professionnels prescripteurs* » et « *professionnels prescrits* » (Bouchayer, 2010).

Les nouvelles modalités de coordination en soins primaires, telles que prévues dans la loi HPST de 2009, sont selon nous le signe d’une ambivalence dans la définition de la coordination pluriprofessionnelle, dans la mesure où elles font du médecin généraliste à la fois un professionnel parmi d’autres des prises en charge coordonnées mais aussi le garant de cette coordination. Or, nous allons voir que les médecins généralistes ont eux-mêmes participé à alimenter cette conception ambivalente de la coordination.

---

[1] Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

[2] Article 36 de la loi HPST.

[3] Article L. 6323-3 du code de la santé publique.

2) Des médecins généralistes qui parviennent à « *imposer leur modèle* » d'organisation des soins

Nous avons déjà traité, dans le premier chapitre dédié au contexte d'émergence des MSP, la question de la définition légale de ces organisations et le rôle de promoteurs joué par certains médecins généralistes aux origines de la FFMPS : ils ont été écoutés lors des débats parlementaires préparant la loi HPST de 2009 et les organisations qu'ils avaient déjà mises en place localement ont servi de patrons pour la définition générique des MSP (Juilhard, 2007). Et la FFMPS est le lieu chaque année de négociations avec l'État et l'Assurance Maladie autour des évolutions de l'exercice pluriprofessionnel : c'est dans cette enceinte que les professionnels font des propositions et des retours d'expériences sur les outils et les procédures de coordination qu'ils mettent en place et qu'ont notamment été discutés les termes de l'ACI signé en 2017. Or, si la fédération se pose aujourd'hui comme un organe représentant l'ensemble des professionnels exerçant en MSP, rappelons qu'elle regroupait à l'origine une frange de médecins issus du syndicat MG France. En étant les premiers à avoir défendu l'exercice collectif et pluriprofessionnel et à s'être organisés en fédération – alors que les autres syndicats médicaux n'y étaient pas favorables et que les organisations représentatives des autres professions n'étaient pas mobilisées – les médecins généralistes de la FFMPS ont selon nous fait de la fédération un moyen de préempter l'organisation des soins primaires, comme le souligne Nadège Vezinat (Vezinat, 2019).

Il n'est dès lors pas étonnant que certaines règles de la coordination pluriprofessionnelle en MSP confèrent aux médecins généralistes, même tacitement, une position particulière dans la coordination pluriprofessionnelle, dans la mesure où des médecins ont participé à leur définition. Certains éléments formels sont symptomatiques de ce tropisme médical. Les NMR sont par exemple calculés en fonction de la patientèle médicale sans que soit prise en compte la patientèle des autres professionnels : c'est le nombre de patients ayant déclaré comme médecin traitant l'un des médecins de la MSP qui importe dans le décompte du nombre de dossiers patients traités en réunions de concertation, alors que les autres professionnels réalisent des soins auprès de patients dont les médecins traitants n'exercent pas nécessairement dans la MSP. L'article 3.2. de l'ACI prévoit en effet que : « *Pour bénéficier de la rémunération maximale, le nombre de dossiers étudiés doit correspondre à 5 % des patients médecins traitants présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans* » et que « *la patientèle prise en compte correspond à la somme du nombre de patients ayant déclaré un des*

médecins associés de la structure (…) *comme médecin traitant* (…) *et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant bénéficié d'au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure* ». La patientèle de la MSP se confond ainsi avec la patientèle médicale et un représentant syndical infirmier se plaignait d'ailleurs de cette conception médico-centrée de la patientèle :

> *« Ce modèle pose pour nous de nombreuses questions... Alors, la première, c'est que* ***dans une maison de santé, pour pouvoir toucher les nouvelles rémunérations, le principe c'est que tout le monde travaille sur les patientèles cumulées des médecins. La notion de patientèle des auxiliaires médicaux disparaît complètement !*** *Or on soigne tous les patients, pas seulement ceux qui sont inscrits* [auprès des médecins des] *MSP. »* (Infirmier représentant syndical)

Les discussions autour des dispositifs de la pratique avancée pour les infirmiers[1] (cf. encadré 2 ci-dessus) et des assistants médicaux[2] (cf. encadré 4 ci-dessous) fournissent des illustrations plus récentes de la capacité de la profession médicale à imposer sa conception de l'organisation des soins. Deux infirmiers représentants syndicaux rencontrés en entretiens se sont en effet plaints de la réduction du champ d'application de la pratique avancée – par rapport à la disposition initiale prévue dans la loi de 2016 – et élevés contre le dispositif des assistants médicaux introduit par la dernière loi de santé de 2019. Le statut d'assistant médical prévoit en effet que les médecins généralistes puissent se décharger de certaines tâches administratives et d'aide à la consultation (gestion des dossiers patients, préparation des patients à l'examen clinique...) sur des assistants, qui peuvent être recrutés parmi les infirmiers (mais aussi d'autres professionnels comme les aides-soignants). Le domaine de tâches déléguées par les médecins aux assistants est bien plus limité que les missions des infirmiers de pratique avancée, dans la mesure où les assistants médicaux n'ont pas de compétences d'analyse clinique, de diagnostic, de prescription et d'orientation des patients. Et bien que le dispositif des assistants médicaux ne vienne légalement pas remplacer celui de la pratique avancée, les syndicalistes interviewés ainsi que d'autres infirmiers rencontrés en MSP voyaient dans cette nouvelle proposition des pouvoirs publics un dispositif venant concurrencer celui de la pratique avancée et une concession faite aux médecins généralistes au détriment des infirmiers. L'un des deux exprimait

[1] Introduit par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

[2] Introduit par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

par ailleurs son incompréhension face à la position du syndicat MG France, qui défend traditionnellement une culture collective et pluriprofessionnelle plus égalitaire :

> Interviewé : *« Quand on voit* ***le raffut qu'il y a eu sur les IPA… Ce sont les médecins qui ont foutu en l'air le décret initial****. Alors que les infirmiers, on n'est pas là pour faire les petits docteurs.* ***C'était justement pour pouvoir donner une vraie autonomie aux infirmiers, qui ont acquis des compétences, qui leurs sont propres*** *et qui leurs sont reconnues. Mais les médecins sont partis vent debout. »*
>
> Enquêtrice : *« Pas tous non ? »*
>
> Interviewé : *« À part les jeunes médecins. Il n'y a que les syndicats de jeunes médecins, ISNAR[1]et ReAGJIR[2]. Eux, y'a pas de souci.* ***Les jeunes médecins, ils n'ont pas peur des infirmiers, ils n'ont pas peur des IPA, parce qu'ils savent qu'ensemble on va pouvoir travailler.*** *Les mentalités ont changé et* ***ils sont pour l'exercice pluriprofessionnel****, davantage que les anciens. »*
>
> Enquêtrice : *« Et un syndicat comme MG France alors, qui est à l'origine du modèle maison de santé ? »*
>
> Interviewé : *« Justement là, on n'a pas compris.* ***MG, qui est pro maison de santé, pro coopération et cetera, ce sont les premiers à être montés au créneau sur les IPA et c'est eux qui ont présenté l'idée des assistants médicaux****. Alors que les assistants médicaux ce sont des secrétaires améliorés pour aider les médecins à faire des consultations. Donc non, MG… Vous irez voir sur notre site, y'a du biscuit sur les assistants médicaux. »*
>
> Enquêtrice : *« Et donc vous n'avez pas compris… »*
>
> Interviewé : *« Non, on n'a pas compris.* ***Ils veulent être aux commandes, aux manettes. On en est là, encore et encore !*** *Vous vous rendez compte, sémantiquement, nous, les infirmiers, nous étions au départ des « auxiliaires ». Moi je connais l'auxiliaire être, l'auxiliaire avoir et l'auxiliaire médical ! Puis nous sommes devenus des « paramédicaux », et maintenant on parle d'« assistant médicaux ». Ça ne va pas passer. »* (Infirmier représentant syndical)

*

> Interviewé : *«* ***La pratique avancée, c'est un miroir aux alouettes !*** *Le ministère a été à deux doigts de l'abandonner, parce que* ***les syndicats médicaux, ont dépouillé complètement le texte****. Il y avait 4 missions dont la psychiatrie. Et les psychiatres ont réussi à faire retirer la psychiatrie de la pratique avancée. Et* ***les médecins libéraux ont réussi à placer les infirmiers de pratique avancée sous leur autorité diagnostique et thérapeutique****. Ça veut dire que ce ne sont que des assistants techniques. D'ailleurs y'a un mouvement infirmier qui se dessine pour le 20 novembre, sur le thème #infirmièresoubliées.* ***Les infirmiers ont le sentiment d'être les grands oubliés du discours du président de la République*** [à l'occasion de la présentation du plan Ma Santé 2022, préfigurant la loi de santé de 2019], ***qui est complètement médico-centré avec l'annonce du métier d'assistants médicaux, à mi-chemin entre activité de secrétariat et activité de soins****. On voit bien que ça ne fait rêver ni les infirmiers ni les aides-soignants. Que c'est plutôt le moyen de sanitariser une secrétaire médicale pour justifier qu'on va financer du secrétariat médical sur des fonds de l'Assurance Maladie. Et pour faire passer la pilule, on nous brandit ce totem des infirmiers de pratique avancée. »*
>
> Enquêtrice : *« Mais les infirmiers de pratique avancée existaient avant les assistants médicaux, non ?, depuis la loi de 2016, même si les décrets d'application sortent maintenant. Donc dans la pensée du législateur… »*

---

[1] InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.

[2] Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants.

Interviewé : *« Oui bien-sûr, dans la pensée du législateur, avec la pratique avancée, c'était effectivement* ***rattraper un peu le retard de la France par rapport à ces pratiques avancées qui existaient ailleurs****. »*

Enquêtrice : *« Et vous en pensez quoi ? »*

Interviewé : *« Alors sur le fond, on avait un retard colossal, euh… Maintenant regardons bien ce que sont les pratiques avancées dans les autres modèles :* ***c'est des infirmiers qui en partie se substituent aux médecins, notamment aux médecins généralistes****. Dans les modèles les plus aboutis comme aux États-Unis, y'a des cliniques de premier recours où les gens ne voient que des infirmiers mais avec un autre niveau de formation, qui font la bobologie, le triage, qui décident de la pertinence du recours à un médecin ou pas. Au Québec aussi, ça a émergé pareil, pour des raisons géographiques. Mais ici, on en est très loin... »* (Infirmier représentant syndical)

Une revue de littérature récente sur les conditions d'implantation de la pratique avancée pour les infirmiers dans différents pays identifie plusieurs obstacles au développement de ce dispositif en France (Aguilard, Colson et Inthavong, 2017). Elle souligne notamment les conflits qui peuvent potentiellement émerger entre infirmiers et médecins du fait d'une incompréhension ou d'un manque de clarté des nouvelles compétences des infirmiers de pratique avancée qui pourrait entraîner une confusion des rôles, ainsi que la « *non-acceptation de ce nouveau rôle de la part du corps médical* » (*Ibid.*, p. 248). Si cette étude ne précise pas les raisons de cette opposition des médecins, nous verrons dans le prochain chapitre qu'elle peut s'expliquer par la crainte de certains médecins de voir leurs prérogatives rognées, sans contrepartie. Cette revue de littérature identifie également l'absence de formation universitaire, l'absence de politique de régulation spécifique à la pratique avancée (permettant de reconnaître et définir légalement le rôle et les nouvelles compétences des infirmiers) ainsi que l'absence de valorisation salariale de ces professionnels, comme autant obstacles à l'implantation de la pratique avancée. Si les décrets d'applications de 2018 sont venus combler ces aspects relatifs à la mise en œuvre de la pratique avancée en France, les représentants de la profession infirmière que nous avons rencontrés estiment que les médecins sont de nouveau parvenus à imprimer leur conception de la coordination pluriprofessionnelle dans la définition finalement retenue des missions attribuées aux infirmiers de pratique avancée.

Encadré 4 : Les assistants médicaux

Les assistants médicaux est l'une des mesures phares de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé, annoncée dans le plan « Ma Santé 2022 ».

Cette loi reconnaît plusieurs missions aux assistants médicaux : des tâches administratives sans lien avec les soins (notamment l'accueil des patients et la création et gestion des dossiers ainsi que des outils de télémédecine), des activités permettant d'aider à la consultation (aide à l'habillage ou au déshabillage, prise des constantes – poids, mesure, tension... –, suivi des vaccinations, aide à la réalisation d'actes techniques). L'objectif étant de « *décharger les médecins d'actes qui peuvent être délégués afin que ces derniers puissent davantage se consacrer à des actes de médecine*[1] ».

L'arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice de l'activité d'assistant médical prévoit que l'activité d'assistant médical puisse être exercée par des infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de puériculture diplômés d'État, ainsi que des personnes ayant obtenu le certificat de qualification professionnelle d'assistant médical. L'avenant 7 à la convention médicale d'août 2016 (conclu le 20 juin 2019 et approuvé par arrêté le 14 août 2019) prévoit par ailleurs les conditions d'une aide à l'embauche d'assistants médicaux. Le gouvernement a annoncé l'objectif de la création de 4000 postes d'assistants médicaux d'ici à 2022.

Pour résumer, malgré une définition de la pluriprofessionnalité qui tend à faire tomber la distinction entre les professionnels médicaux et paramédicaux qui concourent aux prises en charge dans le secteur des soins primaires, les médecins généralistes conservent un rôle de prescripteurs et de coordinateurs des interventions des autres professionnels et semblent parvenir à limiter la portée de nouveaux dispositifs susceptibles de rebattre les cartes de la coordination entre professions. Cette conception ambivalente de la coordination, selon laquelle le médecin généraliste est à la fois un professionnel parmi d'autres des soins primaires tout en étant le garant et le décideur de la coordination des soins, se révèle plus particulièrement dans la définition des nouvelles procédures formelles de coordination en MSP et l'utilisation qu'en font les professionnels eux-mêmes sur le terrain. C'est ce que nous allons analyser dans les deux prochaines parties.

B - La collégialité : un idéal organisationnel de coordination

Malcom Waters (Waters, 1989, 1993) propose une définition idéal-typique de la collégialité qui repose sur trois grands principes, que l'on trouve déjà en substance chez Talcott

[1] https://www.gouvernement.fr/action/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante, consulté le 24 avril 2020.

Parsons (Parsons, 1971) : l'égalité entre les professionnels de l'organisation du fait de leurs domaines d'expertise spécialisés et interdépendants ; la prise de décision collective orientée vers le consensus (ou, à défaut, vers le vote démocratique) ; et l'autonomie de l'organisation qui peut s'autoréguler. Dans cette deuxième partie, nous allons voir que les MSP revêtent toutes les caractéristiques formelles d'une organisation collégiale (1) et que la collégialité devient une nouvelle norme organisationnelle autour de laquelle se retrouvent les autorités sanitaires et les professionnels de santé (2).

1) Les MSP, un modèle d'organisation collégiale ?

Les procédures de l'ACI au service de la coordination renvoient, dans leurs définitions formelles, à une conception collégiale de la coordination. En effet, les protocoles pluriprofessionnels de soins reposent sur un principe d'interdépendance entre professionnels aux compétences spécialisées et complémentaires ; les réunions de concertation pluriprofessionnelle ainsi que le système d'information partagé sont formellement au service de prises de décisions collectives ; la fonction de coordination (qui permet aux professionnels de garder la main sur les tâches administratives et bureaucratiques) et certaines caractéristiques organisationnelles (notamment leur taille réduite et leur statut privé) rapprochent les MSP des organisations « *exclusivement* » collégiales décrites par Malcolm Waters qui ne connaitraient en théorie aucun contrôle bureaucratique[1]. Les MSP semblent donc répondre à la définition idéal-typique de l'organisation collégiale, avec cette particularité – centrale pour notre argument – que la collégialité se donne ici entre des professionnels de différentes professions.

Des professionnels de santé formellement complémentaires et égaux

Pour Talcott Parsons (Parsons, 1971) ainsi que Malcolm Waters (Waters, 1989, 1993) qui s'appuiera sur ses travaux, la spécialisation des expertises est au fondement de l'interdépendance et de l'égalité entre les membres d'un groupe ou d'une organisation : si les

[1] Malcolm Waters distingue en effet les organisation exclusivement collégiales (« *exclusively collegiate organizations* ») des organisations intermédiaires ou à prédominante collégiale ou (« *predominantly collegiate organizations* » et « *intermediate collegiate organizations* ») qui seraient soumises pour leur part à un contrôle bureaucratique externe (Waters, 1989, p. 959-960).

individus ont chacun leur domaine d'expertise et que ces expertises sont toutes nécessaires à la résolution d'un problème commun, les individus forment alors ce que les auteurs appellent un « *groupe d'égaux* » (« *company of equals* ») (Freidson et Rhea, 1963 ; Parsons, 1969)[1]. Cette lecture en termes de complémentarité des expertises professionnelles est précisément celle véhiculée par les autorités sanitaires dans leur définition de la pluriprofessionnalité en MSP. Dans le cahier des charges national des MSP publié par la DGOS en 2010, les professionnels de santé des MSP sont en effet considérés comme des « *partenaires* » et leurs approches comme « *complémentaires* » : « *Le développement de maisons de santé pluri-professionnelles a pour objectifs : (…) de contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge, par le partage d'expérience, la* ***complémentarité*** *des approches, l'insertion des professionnels de santé* ***partenaires*** *au sein de la maison de santé dans un tissu sanitaire médico-social et social.*[2] » Cette présentation des MSP ne marque ainsi aucune distinction entre les différentes professionnels, partenaires de soins formellement indifférenciés et parallèlement engagés dans les prises en charge.

Mais au-delà de l'affirmation d'une complémentarité des savoirs et des compétences, se pose la question de la réalité pratique de cette complémentarité. En effet, la formation des médecins généralistes ainsi que les compétences qui leur sont officiellement reconnues par le Code de la santé publique recouvrent théoriquement l'ensemble des savoirs et des compétences des autres professionnels des MSP. Et la reconnaissance récente de compétences nouvelles aux professionnels paramédicaux que nous avons évoquée dans la première partie du chapitre, consiste davantage à reconnaître à ces professions des compétences déjà attribuées aux médecins qu'à distinguer des domaines d'expertises nouveaux. Ainsi, en pratique, la complémentarité affichée des professionnels des MSP se heurte à une absence de spécialisation des compétences du fait de la présence d'un professionnel – le médecin généraliste – dont l'expertise est susceptible d'englober celles des autres professionnels. Un nouvel outil de

[1] On retrouve ce questionnement sur la spécialisation chez Émile Durkheim, dans son ouvrage *De la division du travail social* (Durkheim, 1964 [1893]), qui s'interrogeait déjà sur la division du travail dans les sociétés industrielles modernes. Selon son approche, non seulement la spécialisation des professionnels dans des domaines de tâches distincts les rend interdépendants et limite le risque de division, mais au sein de chaque groupe, la reconnaissance mutuelle en tant que membres d'une même corporation permet de restaurer des mécanismes de solidarité entre pairs.

[2] Circulaire DGOS/PF3/CdC MSP du 27 juillet 2010 relative au lancement du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural et au cahier des charges des maisons de santé pluriprofessionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier.

coordination vient cependant formellement distribuer l'expertise et créer de l'interdépendance entre professionnels des MSP : les protocoles pluriprofessionnels de soins, introduits dans le secteur ambulatoire par la loi HPST de 2009 (voir l'encadré 1 du chapitre 2). L'ACI précise en effet que les protocoles pluriprofessionnels ont pour objectif de « *préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question "qui fait quoi quand")* » (article 3.2.), autrement dit, d'objectiver et de prévoir une division du travail qui ne repose pas sur une spécialisation des compétences et des expertises qui existe de fait, mais qui est formellement définie.

Des prises de décisions formellement collectives et démocratiques

La prise de décision collective est un autre déterminant de la collégialité, identifié par Malcolm Waters. L'auteur précise qu'elle est outillée par la mise en place de forums ou de comités au sein des organisations, où sont prises les décisions de manière consensuelle ou *a minima* démocratique (Waters, 1989, p. 958-959). Dans le cas des MSP, l'ACI prévoit deux outils de partage d'informations qui remplissent un rôle comparable à ces comités, au service de la construction du consensus : il s'agit des réunions de concertation pluriprofessionnelle sur des cas de patients et du système d'information partagé.

L'article 3.2. de l'ACI définit l'objet et le fonctionnement général des réunions de concertation. Au nombre de six par an minimum, elles réunissent les différents professionnels de la MSP autour de cas de patients dans certaines situations particulières[1]. L'ACI précise que ces réunions visent à « *définir la stratégie de prise en charge du patient et à coordonner sa mise en œuvre* » ainsi qu'à alimenter les dossiers des patients pour que les professionnels puissent les consulter à n'importe quel moment de la prise en charge. En parallèle de ces espaces de discussion ouverts à l'ensemble des membres de la MSP, les professionnels de notre panel ont mis en place d'autres lieux de prises de décisions : dans les cinq MSP signataires de l'ACI, ils se sont en effet organisés en « *commissions* » ou « *groupes de travail* » (la dénomination pouvant différer d'une MSP à une autre). Ces organes créés *ad hoc* (et non imposés par la contractualisation) rassemblent des professionnels volontaires sur des sujets spécifiques, relatifs aussi bien à des problématiques de prise en charge (pour exemples, nous avons croisé

[1] Pour la liste complète des sujets de réunions de concertation, se référer à l'Annexe 3 de l'ACI.

sur le terrain un « *groupe de travail sur le lien ville-hôpital* », un « *groupe protocole pied diabétique* » ou une « *commission périnatalité* ») qu'à des questions logistiques et administratives (« *commission budget* », « *commission informatique* », « *commission RH* », etc.). La mise en place de ces espaces de prises de décisions en cercles restreints répond à un objectif davantage démocratique que consensuel, comme l'observe d'ailleurs Malcolm Waters : certains professionnels sont mandatés pour prendre des décisions au nom de l'ensemble des professionnels de la MSP. Précisions que nous n'avons pas constaté de concurrence entre professionnels pour participer à ces « *commissions* » ou « *groupes* » retreints, qui sont unanimement considérés comme une surcharge de travail, et que les professionnels acceptent volontiers de déléguer ces prises de décisions aux professionnels volontaires. Ainsi les professionnels des MSP ont-ils différents espaces de discussion (certains prévus par l'ACI, d'autres qu'ils mettent en place de manière autonome) formellement au service de la prise de décision collective ou *a minima* démocratique.

L'article 3.3. de l'ACI prévoit, par ailleurs, la mise en place d'un système d'information partagé par tous les professionnels de la MSP. L'ACI donne très peu d'éléments formels de définition de cet outil, se limitant à préciser que le système d'information doit être choisi parmi une liste de logiciels labellisés par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) et intégrer « *les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'une structure pluriprofessionnelle* », c'est-à-dire la gestion des protocoles de soins et des réunions pluriprofessionnelles ainsi que l'accès des différents professionnels aux dossiers des patients sur le logiciel (voir chapitre 2).

Ainsi, dans leurs définitions formelles, ces outils de partage d'informations et d'aide à la prise de décision engage de manière symétrique les différents professionnels de santé de la MSP, sans réserver une place spécifique aux médecins généralistes : les professionnels s'échangent mutuellement des informations et définissent ensemble les stratégies de prise en charge des patients.

Un contrôle bureaucratique interne à la MSP

Pour finir, Malcolm Waters identifie un dernier déterminant permettant de distinguer une organisation collégiale d'une organisation bureaucratique : l'autonomie de l'organisation vis-à-vis d'un contrôle administratif extérieur (Waters, 1989). Selon l'auteur, cette autonomie est

possible pour les organisations dans lesquelles certains membres cumulent un rôle professionnel et un rôle administratif et sont donc chargés de faire respecter les procédures bureaucratiques en interne. Or, l'ACI prévoit la mise en place d'une « *fonction de coordination* » à son article 3.2., qui a pour objectif d'identifier au sein de chaque structure un ou plusieurs professionnels (ou un coordinateur extérieur embauché par les professionnels) dont le rôle est précisément de s'assurer de la mise en œuvre de l'ACI et du fonctionnement de la structure au quotidien. Cette nouvelle fonction est précisément, selon nous, un moyen pour les professionnels de préserver l'organisation de l'immixtion d'un contrôle administratif extérieur, et cela pour deux raisons. La première est que malgré le phénomène de professionnalisation de l'activité de coordinateur (dans le secteur de la santé de manière générale (Bloch et Hénaut, 2014 ; Mino et Robelet, 2010 ; Robelet, Serré et Bourgueil, 2005) et plus spécifiquement dans le secteur des soins primaires en MSP (Schweyer, 2019b)), les professionnels de santé des MSP sont autorisés à assurer cette fonction sans diplôme. La création d'une formation diplômante de coordinateur de MSP en 2014 (dispensée par l'École des Hautes Études en Santé Publique, en partenariat avec la HAS, la DGOS, la Fédération des MSP, des URPS, des ARS et une coopérative – nommée Facilimed – qui salarie des coordinateurs[1]) n'a ainsi pas conduit, du moins à ce stade, à une « *fermeture du marché* » du travail de coordination en MSP contrairement à ce qu'observaient Magali Robelet, Marina Serré et Yann Bourgueil dans le cas des réseaux de santé (Robelet, Serré et Bourgueil, 2005, p. 254). Ainsi, les compétences des professionnels qui s'investissent dans la fonction de coordination en MSP ne sont-elles pas contrôlées par une autorité administrative extérieure, ce qui permet une certaine marge de manœuvre dans la manière de remplir cette fonction au niveau local. La seconde est que, même dans les structures où les professionnels sont secondés par un personnel extérieur dans cette fonction de coordination, ces coordinateurs externes remplissent leurs activités administratives et gestionnaires sous le contrôle des médecins porteurs de projet, qui en font le plus souvent une « *fonction support* » (Schweyer, 2019b), comme nous l'avons montré dans le chapitre 4. La mise en œuvre des procédures bureaucratiques demeure ainsi contrôlée en interne, par les professionnels de la MSP. Sans oublier que la capacité (voire même la volonté) des autorités

[1] Nous renvoyons à la présentation faite par François-Xavier Schweyer de cette formation et de la coalition d'acteurs publics et professionnels qui s'est formée autour d'elle (Schweyer, 2019b).

sanitaires co-contractantes de procéder à la vérification des engagements des professionnels est limitée, comme nous l'avons montré dans le chapitre 2.

2) La collégialité : une nouvelle norme organisationnelle instrumentalisée par la puissance publique et les professionnels de santé des MSP

Ces différentes observations nous ont permis de mettre en lumière une nouvelle conception de la coordination pluriprofessionnelle, collégiale, qui trouve son terrain d'expression en MSP. Formellement, la MSP présente en effet toutes les caractéristiques d'une organisation collégiale, avec cette particularité toutefois que la collégialité se joue entre des professionnels de différentes professions : une complémentarité des compétentes et des expertises qui rend les professionnels interdépendants dans la réalisation des soins, un mode de prise de décision collectif au service du consensus (ou, à défaut, du vote démocratique), et une autonomie de l'organisation vis-à-vis d'une autorité bureaucratique extérieure. Nous soutenons que la puissance publique et les professionnels des MSP défendent de part et d'autre cette nouvelle conception collégiale de l'exercice pluriprofessionnel, car ils y voient un moyen de répondre à leurs objectifs.

Pour la puissance publique, rappelons que l'enjeu est de développer la coordination entre médecins et professionnels paramédicaux, pour permettre une redistribution des tâches dans un contexte de déficit de l'offre médicale mais aussi de recrudescence des pathologiques chroniques et de vieillissement de la population (qui conduisent à une augmentation et une complexification des besoins de santé). Dans ce cadre, la collégialité, qui repose sur les principes d'interdépendance et d'égalité entre professionnels des MSP, devient selon nous un moyen pour la puissance publique de créer de la complémentarité entre professionnels – là où elle n'existe pas toujours en pratique – afin d'induire de nouvelles pratiques de coordination à travers lesquelles les médecins peuvent céder davantage de tâches aux autres professionnels. Cette logique s'apparente à la conception instrumentale ou « *top down* » de la collégialité décrite par Emmanuel Lazega et Olivier Wattebled (Lazega et Wattebled, 2010).

Mais la collégialité est également promue par les professionnels des MSP eux-mêmes, car ils y voient eux aussi le moyen d'atteindre certains objectifs, notamment un meilleur équilibre des relations professionnelles et une redistribution des tâches.

D'une part, les professionnels sont en effet nombreux à mettre en avant leurs rapports d'égalité : les termes « *égal* », « *partenaire* », « *équilibré* » (ainsi que leurs variantes : égalité, égalitaire, partenarial, etc.) reviennent en effet très souvent en entretien quand il s'agit de qualifier les relations avec les collègues de la MSP, et ce chez les médecins généralistes comme chez les professionnels paramédicaux. Ces discours s'inscrivent dans la nouvelle culture professionnelle collective et pluriprofessionnelle que nous avons mise en lumière dans le chapitre 2. Du côté des médecins généralistes, il s'agit selon nous de revendiquer une conception des soins et des relations professionnelles plus égalitaire, par laquelle ils se distinguent de leurs confrères (voir chapitre 4 notamment) : « *C'est un vrai travail d'égal à égal*[1] », affirmait l'un d'entre eux à propos de ses collègues sages-femmes ou infirmiers (nous rapportons ses propos ci-après), alors qu'un autre expliquait avoir choisi l'exercice en MSP pour « *travailler main dans la main avec des paramédicaux*[2] ». De leur côté, en soulignant les relations égalitaires avec les médecins, les professionnels médicaux revendiquent une nouvelle manière de travailler eux, suivant une logique complémentaire et non-hiérarchique : les médecins « *ont besoin de nous et on a besoin d'eux, c'est dans les deux sens* », soulignait par exemple un infirmier[3]. C'est ce que remarquait également François-Xavier Schweyer avec les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes des réseaux de santé, qui « *aspirent à être considérés comme partenaires par les médecins* [et] *aspirent à des relations professionnelles plus équilibrées* » (Schweyer, 2005, p. 99-100). Or les professionnels interrogés font reposer cet équilibre des relations sur la spécialisation de leurs compétences et de leurs rôles, défendant eux aussi le principe de complémentarité des expertises professionnelles, comme la puissance publique :

> *« Moi, si je me suis installé en libéral, c'est pour ça. Pour faire vivre ma passion comme moi je l'entends. Aucun autre professionnel n'a son mot à dire sur ma façon de pratiquer.* ***Aucun de nous n'ira sur la technicité d'un autre. C'est ce qui fait la technicité de l'équipe ici.*** *C'est à dire qu'on est tellement passionnés par ce qu'on fait qu'on n'a pas peur qu'on vienne nous marcher sur les pieds, on n'est pas sur la défensive.* ***Chacun à son rôle et y'en n'a pas un au-dessus de l'autre****, tu vois. »* (Psychologue, MSP 2)

*

[1] Entretien avec un médecin généraliste de la MSP 4

[2] Entretien avec un médecin généraliste de la MSP 1.

[3] Entretien avec un infirmier de la MPS 2.

« Moi, je m'entends très bien avec les sages-femmes. Et effectivement, je pense que ***les sages-femmes ont un métier très technique****, elles*[1] *font des échographies, donc* ***elles font des choses que je ne sais pas faire****. Donc pour moi,* ***la sage-femme, c'est une spécialiste*** *en obstétrique gynécologie. C'est pas un gynécologue, on ne va pas froisser les gynécologues* (rire)*, mais* ***je lui demande un avis, et elle me demande aussi des avis*** *sur des points qui sont en dehors de son* ***champ de compétences****. Donc là,* ***c'est un vrai travail d'égal à égal****. Et les infirmiers, il y en a deux types. Il y a l'infirmier investi dans la maison de santé, dans les projets d'éducation thérapeutique par exemple, avec Asalée, où là,* ***je trouve qu'il y a vraiment un pied d'égalité****. C'est à dire que pour moi, un infirmier qui fait de l'éducation thérapeutique, qui fait de la coordination de patients fragiles,* ***pour moi c'est mon égal****, c'est évident. »* (Médecin généraliste, MSP 4)

D'autre part, nous avons constaté que les professionnels invoquaient la complémentarité de leurs compétences pour justifier une nouvelle distribution des tâches (suivant la même logique que la puissance publique) : en reconnaissant des compétences spécialisées en gynécologie et en obstétrique aux sages-femmes ou en éducation thérapeutique aux infirmiers, le médecin que nous venons de citer justifie son choix de les laisser intervenir auprès de certains patients, et d'allouer son temps médical à d'autres activités. Sans aller plus loin dans l'analyse des délégations de tâches et de ses implications sur les territoires professionnels (qui feront précisément l'objet du chapitre 6), nous soutenons que la collégialité peut être considérée comme un moyen par les professionnels pour faire accepter une redistribution des tâches au sein de l'organisation. L'instrumentalisation de la collégialité par les professionnels, cette-fois, s'apparente à une forme de collégialité « *bottom up* » sur laquelle les professionnels s'appuient pour induire un engagement réciproque et complémentaire dans le travail de soins et entretenir le consensus (Lazega et Wattebled, 2010, p. 497).

En résumé, la collégialité est selon nous devenue une nouvelle norme organisationnelle consubstantielle de l'exercice en MSP (puisqu'il est précisément caractérisé par sa dimension pluriprofessionnelle) et instrumentalisée par la puissance publique comme par les professionnels de santé. Notre cas d'espèce fournit ainsi un exemple original d'articulation entre une collégialité décrétée et outillée *par le haut* et une collégialité revendiquée *par le bas.* Mais derrière l'institutionnalisation de cette nouvelle norme organisationnelle, la question qui

[1] Ces professionnelles étant toutes des femmes dans notre échantillon, nous faisons le choix de garder la dénomination officielle de « *sage-femme* » et d'utiliser le féminin. La masculinisation ne nous semble en effet pas nécessaire ici pour garantir leur anonymat, contrairement aux autres professionnels.

se pose est celle de l'expérience pratique qu'en ont les professionnels au sein des MSP. Il s'agira de voir, dans la troisième et dernière partie du chapitre, la forme que prend la collégialité à travers l'utilisation que font les professionnels des procédures formelles qui sont supposées l'opérationnaliser.

C - Une coordination qui reste hiérarchisée et médico-centrée en pratique

Dans leurs réflexions sur le phénomène collégial, Talcott Parsons et Malcolm Waters n'évacuent pas la question de la hiérarchie au sein des organisations. Derrière le collège d'experts de Talcott Parsons, apparaît en effet la figure du décideur (« *ruler* ») qui délègue son autorité aux experts. Malcolm Waters évoque pour sa part l'existence d'un comité « *supérieur* » dans l'organisation collégiale, auquel rendent compte des comités « *délégués* » chargés des décisions de routine administrative. De la même manière, nous observons que la nouvelle norme de la collégialité n'empêche pas certains professionnels des MSP de s'affirmer dans une position particulière et dominante au sein du groupe pluriprofessionnel : profitant de l'ambivalence de la définition de la coordination pluriprofessionnelle et des procédures qui l'opérationnalisent, les médecins généralistes centralisent l'information, maîtrisent les décisions et garantissent la mise en œuvre des règles de la coordination pluriprofessionnelle.

1) L'utilisation des protocoles pluriprofessionnels de soins : une complémentarité et une égalité démenties en pratique ?

Comme nous venons de le voir, les protocoles pluriprofessionnels de soins introduits en MSP formalisent une division *a priori* des tâches en fonction d'une complémentarité théorique entre professionnels. Cette formalisation préalable de l'organisation des prises en charge ne laisse en théorie pas de place aux négociations entre professionnels à chaque nouveau cas de patient, ni à une décision unilatérale d'un professionnel qui choisirait la marche à suivre et l'imposerait aux autres professionnels. En pratique, nos observations révèlent cependant que les protocoles n'empêchent pas les médecins généralistes d'affirmer leur rôle de décideurs de la stratégie de prise en charge et de prescripteurs des interventions des autres professionnels, contrevenant même parfois aux règles formalisées dans ces protocoles.

D'abord, notons que la plupart des protocoles élaborés dans les MSP de notre échantillon formalisent une division du travail existante comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, selon laquelle le médecin décide des interventions des autres professionnels, suivant une organisation classique entre médecins prescripteurs et professionnels prescrits. Ensuite, même quand les protocoles reconnaissent formellement de nouvelles compétences aux professionnels non-médecins, qui leur permettent théoriquement de réaliser des actes de soins en dehors de toute prescription médicale, nous avons observé que ces professionnels continuaient d'en référer à la décision du médecin avant de pratiquer ces actes. Le cas du protocole AVK, que nous avons déjà évoqué, en est une illustration claire. Comme nous l'avons expliqué, ce protocole encadre le traitement ou la prévention des accidents thromboemboliques par médicaments anticoagulants (ou AVK). Il prévoit que l'infirmier, qui voit le patient plus régulièrement que le médecin (parfois même quotidiennement à domicile) puisse adapter le traitement prescrit par le médecin en fonction des changements d'état de santé du patient, sans que ce dernier ne doive consulter le médecin pour renouveler la prescription. Pour aider les infirmiers dans l'adaptation autonome de ces traitements, le protocole AVK précise les dosages à administrer au patient en fonction de son niveau d'INR[1]. Ces dosages sont encadrés par des recommandations nationales et sont donc communs à toutes les structures qui mettent en place le protocole AVK. Ce protocole permet ainsi officiellement un transfert de certaines prérogatives médicales aux infirmiers, s'apparentant à des compétences cliniques et diagnostiques au chevet du patient. Interrogés sur les implications pratiques de ce protocole, tous les infirmiers disent se réjouir de la reconnaissance officielle de cette compétence, à l'image des deux professionnels cités ci-dessous :

> *« Aujourd'hui on est obligés d'appeler les docteurs, on les dérange dans leurs consultations et… Alors qu'en plus, on sait ce qu'on a à faire. Mais comme ce n'est pas écrit noir sur blanc, on doit passer par le médecin alors qu'on le sait bien, c'est toujours la même chose. Même si c'est vrai que parfois, selon le médecin, les habitudes de traitements changent. Mais dans les grandes, on sait bien quand il faut augmenter ou diminuer les doses. Donc on espère qu'avec le protocole* [AVK], ***on aura le droit de faire ce qu'on sait faire sans demander validation à chaque fois !*** (rire) *»* (Infirmier, MSP 5)

*

> *« Mais c'est vrai que le protocole AVK, l'adaptation des traitements, c'est des choses que nous, on sait faire. Qu'on faisait déjà même. Faut pas le dire, parce qu'on n'a pas vraiment le droit hein… mais je crois que c'est le cas partout. Mais* ***on était vraiment contents de pouvoir officialiser ça avec un protocole. Que ce soit reconnu !*** *»* (Infirmier, MSP 3)

---

[1] L'état de santé du patient sous AVK est contrôlé par un test biologique appelé INR, que les infirmiers contrôlent, et le dosage en AVK est à adapter en fonction du niveau de l'INR.

Mais, quand nous demandons aux infirmiers qui utilisent déjà ce protocole de nous expliquer comment ils adaptent en pratique les traitements par AVK, tous décrivent le même fonctionnement : s'ils constatent un changement d'état chez un patient, ils appellent le médecin généraliste qui a prescrit le traitement pour valider avec ce dernier l'adaptation qu'ils prévoient de faire, alors même que le protocole leur confère formellement une autonomie dans cette prise de décision. Interrogés sur la raison de cette demande spontanée de validation médicale, les infirmiers expliquent qu'ils préfèrent « *s'adapter* » aux habitudes de traitement (qui peuvent d'ailleurs différer d'un médecin à l'autre, comme le souligne l'un des deux infirmiers cités ci-dessus) plutôt que de prendre des décisions qui pourraient être contredites ensuite par les médecins. À la lecture des travaux d'Everett Hughes, nous pouvons également nous demander si, en référant aux médecins, les infirmiers ne cherchent pas à répartir, ou voire à se défaire, du risque d'erreur dans l'adaptation des traitements (Hughes et Chapoulie, 1996, p. 89)[1]. Quelle qu'en soit la raison, cette utilisation du protocole AVK par les infirmiers va dans le sens d'une confirmation renouvelée du médecin généraliste dans son rôle de décideur et de responsable de la prise en charge.

2) Une fiction de prise de décision collective ?

Aux côtés des protocoles pluriprofessionnels de soins, l'ACI a introduit les réunions de concertation pluriprofessionnelle ainsi que le système d'information partagé, au service des prises de décisions collectives. Formellement, le texte de l'ACI ne distingue pas les médecins généralistes des autres professionnels dans la mise en œuvre de ces outils, comme si tous participaient de manière égale à la prise de décision. Mais nos observations révèlent toutefois que l'utilisation que les professionnels en font au quotidien sert davantage la décision médicale

[1] Dans ses réflexions sur les « *erreurs dans le travail* », Everett Hughes considère en effet les mécanismes de défense des professionnels face aux erreurs, notamment des professions de santé pour lesquelles les conséquences des erreurs peuvent être particulièrement lourdes. Il identifie une logique assurantielle de protection, à travers laquelle les professionnels de santé cherchent à répartir le risque psychologique, moral et financier des erreurs possibles, soit en développant un système de justifications communes, soit en délégant certaines activités à d'autres pour décharger une partie de la responsabilité sur des collègues. Il identifie également le développement de rituels dans les pratiques comme une autre protection (notamment émotionnelle) contre les risques de l'activité professionnelle (Hughes et Chapoulie, 1996).

– éclairée par les informations transmises par les autres professionnels – que la prise de décision concertée entre tous les professionnels. Les discours des professionnels sont d'ailleurs ambivalents : il n'est pas rare que ceux qui affirmaient se sentir sur un pied d'égalité avec leurs collègues médecins se plaignent du fait que ceux-ci imposent leurs décisions à l'ensemble du groupe.

Un système d'information partagé… au service d'une transmission d'informations vers les médecins généralistes

Considérons d'abord le système d'information partagé. Nous avons déjà indiqué que les professionnels non-médecins se plaignaient du fait que les logiciels labellisés par l'ANS n'étaient pas adaptés aux spécifiques de leur exercice : ils ne leurs permettent pas de facturer leurs consultations, ni de renseigner toutes les informations dont ils ont besoin. Par conséquent, seule une minorité d'entre eux s'astreint à utiliser le logiciel commun en plus de leur logiciel métier qu'ils continuent à utiliser (voir chapitre 2). Dans les cas minoritaires où le système d'information est utilisé par les professionnels non-médecins, la manière diffère d'un professionnel à l'autre ce qui peut être source de conflit, comme l'extrait d'entretien suivant l'illustre. Une sage-femme évoque un conflit passé avec un médecin généraliste : ce dernier lui avait reproché de ne pas remplir les dossiers de patientes qu'ils avaient en commun comme lui-même avait l'habitude de le faire :

> Interviewée : *« Avec N., quand on s'est pris la tête, c'est parce qu'**il m'imposait des choses**. Mais je lui ai dit : « **Mais tu n'as rien à m'imposer**. Je suis là, comme toi, associée à la maison de santé, **t'es pas mon patron**. Je suis sage-femme, ta collègue, installée à côté de toi, tu n'as pas à m'imposer quelque chose ». Mon patron à l'hôpital ne m'a jamais rien imposé, ce n'est pas pour me faire imposer des choses maintenant en libéral. »*
>
> Enquêtrice : *« Mais qu'est-ce qu'il voulait t'imposer ? »*
>
> Interviewée : *« **La manière de remplir les dossiers**. C'est des détails tu vois, mais le frottis de la dame, moi, je le mets dans l'onglet « antécédents »* [du dossier patient sur le logiciel]. *Y'a une case gynécologie obstétrique, je mets « frottis septembre 2017 normal ». Comme ça, quand je regarde les antécédents de la patiente, je vois qu'il faut que je le refasse dans 3 ans. Mais lui, il met le frottis dans la case « rappel » et il programme un rappel pour dans 3 ans. Moi, je lui ai dit que je ne voyais pas l'intérêt de faire ce rappel parce que quand je reçois la patiente, je ne vais pas aller regarder ce qui clignote dans le dossier, je vais aller voir les antécédents et moi, ça me suffit. »*
>
> Enquêtrice : *« Ok… donc chacun son fonctionnement. »*
>
> Interviewée : *« Oui, mais pas lui. **Lui, il voulait que je fasse ça pour ses patientes**, c'était important pour lui. Et puis c'est la manière de faire aussi… T'arrives dans le couloir pour boire un café et t'entends : **« Ah, vous faites c**** les sages-femmes, vous remplissez pas les***

dossiers comme il faut ! *» Moi je lui ai dit : « Non, je ne remplis pas les dossiers comme toi tu voudrais que je les remplisse. » »* (Sage-femme, MSP 4)

Cet exemple n'est pas isolé dans notre échantillon : plusieurs professionnels paramédicaux ont affirmé en entretien que les médecins se plaignaient du fait qu'ils ne renseignaient pas assez d'informations (ou pas celles qu'ils cherchaient) dans les dossiers médicaux des patients – alors même que ces médecins reconnaissaient l'inadaptation du logiciel pluriprofessionnel à l'exercice des professionnels paramédicaux.

Par ailleurs, si le logiciel commun est une source potentielle d'information pour les médecins (dans les cas où les autres professionnels l'utilisent), la réciproque est rarement vérifiée sur notre terrain, et ce pour deux raisons : la première est l'absence de certaines informations nécessaires à ces professionnels du fait des fonctionnalités de l'outil, qui répond essentiellement aux besoins des médecins généralistes ; la deuxième relève du fait que certains médecins restreignent l'accès à des informations des dossiers patients. Une disposition de l'ACI prévoit en effet que le partage d'informations sur le logiciel puisse être partiel : « *Les dossiers des patients de la structure sont informatisés et partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient*[1] ». Si les règles de ces habilitations différenciées ne sont pas précisées, les cas qui nous ont été rapportés reviennent toujours à une restriction des informations accessibles par les professionnels non-médecins et jamais l'inverse. Nous avons même eu connaissance de deux cas, qui sont toutefois isolés dans notre échantillon, de médecins qui refusaient de partager les dossiers de leurs patients avec les autres professionnels : deux médecins de la MSP 5 ont en effet choisi d'effacer les dossiers de leurs patients au moment de la mise en place du logiciel pluriprofessionnel. Un infirmier s'en étonnait :

> Interviewé : *« C'est que certains médecins freinaient vraiment* [l'installation du logiciel pluriprofessionnel]*, parce que du coup, tout le monde aurait eu accès à leurs dossiers. Moi, j'ai du mal à l'entendre. Parce qu'à l'hôpital, ça ne pose pas de problème mais ici, ça leur pose un problème.* ***Ça leur pose un problème que moi, infirmier de la maison de santé, j'aie accès à leurs dossiers ?*** *Je ne comprends pas trop pourquoi ça bloque à ce niveau-là. »*
> Enquêtrice : *« Mais vous avez une hypothèse ? »*
> Interviewé : *« Sur quoi ? »*
> Enquêtrice : *« Euh bah sur pourquoi ils bloquent l'accès ? »*
> Interviewé : *« Bah, je pense que c'est* ***le regard de l'autre sur son travail****. Et puis* ***le manque de confiance en nous,*** *et la peur qu'on divulgue des infos à tout le monde. Alors qu'on est tenus*

[1] ACI, article 3.3.

au secret professionnel nous aussi. Je pense que c'est ça. Mais eux sauront vous dire pourquoi ça les gène. » (Infirmier, MSP 5)

Interrogés sur ce point, ces deux médecins nous ont expliqué avoir pris la décision d'effacer le contenu de leurs dossiers par « *respect du secret médical* » : ils estiment en effet que leurs patients doivent pouvoir choisir si leurs informations personnelles sont accessibles à d'autres professionnels, notamment dans une petite commune où professionnels de santé et patients se connaissent en dehors de la MSP :

> Enquêtrice : *« Et concernant l'idée de partager les infos avec les paramédicaux qui voient les mêmes patients que vous, vous pensez que ça peut être utile ? »*
>
> Interviewé : *« Alors euh… oui, mais sous conditions. »*
>
> Enquêtrice : *« C'est à dire ? »*
>
> Interviewé : ***« Moi, je suis totalement opposé à un partage complet des données**. Ça c'est pareil, on nous avait dit qu'on aurait la main sur ce qui est partagé comme données et en fait, **avec le nouveau logiciel, tout était ouvert pour tout le monde**. **Bah moi, la première chose que j'ai faite, c'est que j'ai effacé mes dossiers**.* »
>
> Enquêtrice : *« Oui, ok, je comprends. Mais c'est vrai que c'est l'objectif du système d'information dans les textes... »*
>
> Interviewé : *« Oui mais je suis désolée, **j'ai pas envie que tout le monde puisse regarder mon dossier**. Les patients, quand on en parle avec eux, ils disent : « Ok, mais pas tout le dossier ». Ils disent ok dans une situation d'urgence, mais ils ont pas du tout envie que ce soit accessible par tous les professionnels de santé. Parce que T-village, c'est petit, les gens se connaissent. Alors après, les autres nous disent : « Ouais, mais on ne va pas s'amuser à aller regarder le dossier de tout le monde, on n'a pas le temps, on ira juste pour les infos dont on a besoin. » Mais on n'en sait rien ! **Moi, je pense que ça doit être beaucoup plus verrouillé que ça**. On est quand même dépositaires du secret médical, on est responsables, si y'a des fuites, les gens peuvent se retourner contre nous.* » (Médecin généraliste, MSP 5)

Face à l'utilisation à géométrie variable de cet outil pourtant obligatoire de l'ACI, les professionnels non-médecins expliquent se procurer les informations dont ils ont besoin par d'autres moyens, informels : par téléphone, par SMS, en toquant directement à la porte des cabinets des médecins ou en passant par leur secrétariat (nous analyserons plus précisément les ressorts de cette coordination informelle dans le chapitre 6) :

> « *Moi, quand j'ai besoin d'une info, pff… **c'est plus pratique d'aller toquer à la porte du médecin**. Sinon, pourquoi on serait dans la même structure ? Ou si je veux pas le déranger, je lui envoie un texto ou je l'appelle. Et sinon, je passe par le secrétariat : ils ont tous les dossiers des patients, ils savent quand le médecin est dispo… Ça se fait comme ça. Et puis y a les pauses aussi, on se croise ici* [salle de réunion] *ou dans un couloir.* » (Infirmier MSP 3)

Des réunions de concertation pluriprofessionnelle… au service de de la décision médicale

L'objectif des réunions de concertation pluriprofessionnelle, affiché dans l'ACI, est de « *définir la stratégie de prise en charge du patient et coordonner sa mise en œuvre*[1] » entre les différents professionnels intervenants, sans qu'il ne soit formellement attribué de rôle particulier aux médecins généralistes dans la définition de cette stratégie. L'ACI ne précise pas non plus la forme de ces réunions (professionnels présents, modalités de prise de décision, documents produits, durée, etc.) et c'est précisément ces imprécisions formelles qui permettent une adaptation de cet outil par les professionnels, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2. Nos observations révèlent que cette appropriation sert ici aussi une conception médico-centrée de la prise de décision : d'abord, les réunions pluriprofessionnelles sont davantage utilisées comme un outil de transmission d'informations vers les médecins généralistes que comme un outil de partage symétrique d'informations (tout comme le système d'information) ; ensuite, la rémunération du temps passé en réunion peut être révélatrice d'inégalités de statuts entre les professionnels ; enfin, les modalités pratiques de prise de décision confortent les médecins dans un rôle de premiers décideurs sans que les autres professionnels ne s'y opposent frontalement la plupart du temps (sauf exceptions que nous allons considérer).

Un outil au service de la transmission d'informations vers les médecins généralistes

Nous avons assisté à des réunions de concertation dans quatre MSP sur six et, dans trois de ces structures, les médecins étaient majoritairement représentés parmi les professionnels présents. De nombreux professionnels non-médecins reconnaissent d'ailleurs ne pas participer à la majorité de ces réunions et donnaient comme explication leurs horaires souvent inadaptés (ces réunions ont lieu le plus souvent les midis, au moment où ils sont en visite à domicile, notamment pour les infirmiers, ou parfois sur leurs jours de congés). De plus, les médecins menaient le plus souvent les discussions en réunion, proposant les cas de patients à discuter et sollicitant les autres professionnels sur des questions spécifiques : état du patient lors de la dernière visite à domicile ou du dernier soin au cabinet, information éventuelle sur son environnement familial et social, etc. Nous avons constaté à plusieurs reprises que les autres professionnels ne prenaient d'ailleurs la parole que quand les médecins les sollicitaient.

[1] ACI, article 3.2.

Un temps de concertation qui n'a pas la même valeur selon les professionnels

L'ACI prévoit que le temps passé en réunion de concertation pluriprofessionnelle soit dédommagé afin que la coordination ne représente pas un manque à gagner pour des professionnels libéraux dont les rémunérations se font toujours majoritairement par le paiement à l'acte. Si aujourd'hui, dans les cinq structures ayant signé l'ACI et percevant les NMR, tous les professionnels sont rémunérés au même niveau pour le même temps passé en réunion, ce n'était pas le cas au départ dans deux d'entre elles et une uniformisation a été opérée *a posteriori*, suite aux récriminations de professionnels non-médecins. Derrière un discours prônant l'égalité, ces cas illustrent de manière comptable un déséquilibre des statuts professionnels.

Prenons pour exemple la MSP 4. Le règlement intérieur de cette structure prévoyait initialement que les professionnels soient rémunérés en fonction du prix de leurs consultations, afin de compenser exactement le manque à gagner. Ainsi, si nous partons de l'hypothèse qu'un professionnel de santé peut faire quatre consultations en une heure et étant donné que le prix unitaire de la consultation est de 25 € pour un médecin généraliste et de 23 € pour une sage-femme, la rémunération pour une heure de réunion était de 100 € pour le médecin contre 92 € pour la sage-femme. Les infirmiers de la MSP 4 ont été les premiers à s'opposer à cette différence de rémunération, rejoints ensuite par d'autres. Le groupe s'est finalement mis d'accord, après négociation, pour rémunérer tous les professionnels à la même hauteur pour le même temps passé en réunion. Un médecin et une sage-femme de la structure évoquaient cette situation :

> Interviewé : *« Quand on a travaillé les rémunérations des temps de présence, on avait prévu une hiérarchie dans le prix de l'heure. Mais depuis,* ***ce qu'on a finalement décidé, et c'était difficile à négocier avec les médecins, c'est que pour une réunion tous ensemble, on est tous rémunérés pareil****. »*
>
> Enquêtrice : *« Pourquoi ça a été difficile à négocier ? »*
>
> Interviewé : *« Bah, c'était pas naturel. Parce que les médecins c'est tant, les infirmiers c'est tant, les sages-femmes c'est tant. Une grille s'était installée, on avait même recherché des exemples de grilles sur internet.* ***Quand on est sur un temps professionnel, la rémunération horaire est différente selon le professionnel. Il y a encore cette hiérarchie, voilà****. On s'occupe de la structure, de la gestion, on est en AG, on est tous égaux, mais par contre, comme on est dans un temps à plus-value professionnelle, la rémunération est un peu différente. »*
>
> Enquêtrice : *« A quoi ça renvoie ce « temps professionnel » ? »*
>
> Interviewé : *« Au prix de la consultation, qui n'est pas le même pour tous. Mais ça a posé problème ici.* ***Les sages-femmes et les infirmiers se sont un peu opposés. Ils voulaient qu'on***

soit tous égaux et ils ont mis les pieds dans le plat. Et moi ça m'allait bien parce que j'étais un peu dans cet esprit-là. *En plus j'avais assisté aux journées de la fédération* [FFMPS] *et dans une équipe, le problème s'était posé. Donc je pense que c'est récurrent. »* (Médecin généraliste, MSP 4)

*

Enquêtrice : *« Et sur cette question de la rémunération des réunions… un infirmier m'a dit qu'au départ, vous n'étiez pas tous rémunérés pareil. Mais que maintenant oui. »*

Interviewée : *« Oui, 50€ de l'heure je crois. Mais au début, c'était différent, les médecins étaient plus payés. Mais les infirmiers se sont immédiatement opposés. Moi je trouvais ça débile aussi. Je leur ai dit d'ailleurs en réunion : « Mais votre baguette de pain, vous la payez moins chère que nous, ou on la paye tous le même prix ? »* ***Je veux dire, la vie, elle coûte la même chose pour tout le monde, donc c'est pas normal qu'on soit pas tous payés de la même manière pour la même chose.*** *Moi, j'étais entièrement d'accord avec les infirmiers. Pour le coup, on aurait été les moins payés. Parce que moi, le prix de la consultation c'est 23€ et ça dure une demi-heure, donc pour une heure de réunion j'aurais gagné 40€. Le médecin il voit 3 ou 4 patients à 25€, le kiné il en voit 4 en même temps à 15€, le podologue c'est 30€ de la demi-heure... Donc nous, on aurait été les moins payés de la bande si on avait raisonné comme ça. »*

Enquêtrice : *« En tout cas, aujourd'hui c'est réglé ? »*

Interviewée : *« Oui, oui. Ils ont vite compris. Et je ne crois pas que ça ait été trop compliqué. »*

Enquêtrice : *« Et comment vous expliquez que les médecins aient tout de suite accepté alors qu'au départ certains proposaient autre chose ? »*

Interviewée : « *Ah bah ça n'a pas été compliqué, parce qu'****ils ne sont pas en majorité aussi****. Quand t'es en réunion et que t'as dix infirmiers à côté de toi, et si les autres s'ajoutent bah…* ***Ils étaient tout seuls les médecins. Et même, certains médecins étaient d'accord avec nous. Donc la majorité l'a emporté*** *»* (Sage-femme, MSP 4)

Le témoignage de la sage-femme pose par ailleurs la question des ressources permettant aux professionnels de négocier certaines décisions avec les médecins généralistes : aux dires de celle-ci, être en majorité aurait permis aux professionnels paramédicaux de la MSP 4 de faire entendre leur avis. Ces situations où les professionnels non-médicaux parviennent à imposer leurs décisions à l'ensemble du groupe sont toutefois rares d'après nos observations, et nous allons voir dans le paragraphe suivant que les médecins généralistes s'imposent le plus souvent en réunion, alors que les autres professionnels préfèrent éviter les conflits.

Des médecins généralistes rarement contredits dans leur rôle de décideurs

Au-delà des logiques de circulation de l'information, qui prennent donc essentiellement la forme d'une transmission d'informations vers les médecins, une autre question est celle des modalités de prise de décision en réunion. Avant de creuser cette question, précisons d'abord que deux types de décisions occupent les professionnels en réunion : d'un côté, les décisions relatives aux stratégies de prise en charge des patients et, de l'autre, les décisions relatives à

l'organisation de la MSP (dates des réunions, budget prévisionnel, achat de matériel – pour citer les prises de décisions auxquelles nous avons nous-même assisté).

Concernant les décisions du premier type, il n'existe à notre connaissance pas de modalités particulières de vote. Les décisions auxquelles nous avons assisté ont toujours été prises selon une logique dans laquelle un médecin généraliste sollicitait un ou plusieurs autres professionnels impliqués dans la prise en charge d'un patient et décidait *in fine* de la stratégie de prise en charge. Nous n'avons pas relevé de situations conflictuelles ni même de négociations directes concernant ces décisions thérapeutiques, les médecins recueillant systématiquement l'accord des autres professionnels consultés, verbal ou tacite. Nous verrons dans le chapitre 6, que cette absence de conflits entre professionnels autour de l'organisation des prises en charge s'explique par des relations d'interdépendance, le plus souvent tacitement acceptées de part et d'autre.

Concernant les décisions relatives aux questions logistiques et administratives, en revanche, nous avons observé qu'elles pouvaient faire l'objet de négociations voire de conflits. Précisons d'abord que nous avons relevé différentes modalités de prise de décision, le plus souvent prévues dans les statuts de la SISA[1] : à l'unanimité, à la majorité, ou par des groupes restreints de professionnels. Le vote à l'unanimité est rare : nous ne l'avons constaté que pour les décisions relatives aux entrées ou sorties de professionnels de la MSP (nous y revenons ci-après quand nous considérons les tensions qui ont eu lieu dans la MSP 5). Pour les autres sujets, le vote à la majorité prévaut et, dans certains cas, les professionnels acceptent de s'en remettre au choix d'un groupe restreint de professionnels (les commissions ou groupes de travail que nous évoqués dans la deuxième partie du chapitre). Mais derrière ces prises de décisions formellement démocratiques ou collective, nous avons recueilli dans toutes les MSP de notre échantillon des témoignages de professionnels paramédicaux évoquant la tendance des médecins généralistes à imposer leurs décisions au groupe. Dans la plupart des cas, ces plaintes ne semblent pas avoir débouché sur des conflits ouverts avec les médecins, excepté dans la MSP 5. Nous détaillons ci-dessous ces tensions qui remettent en cause l'apparente collégialité au sein de cette structure.

[1] La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), prévoit en effet les règles de fonctionnement de la structure, dont les modalités de vote.

La première situation concerne le choix du système d'information partagé. Un groupe de professionnels, réunis en « *Commission informatique* », avait été chargé par l'ensemble des professionnels de la MSP de choisir le logiciel de partage d'informations. Cette commission a opté, après avoir réalisé une étude comparative, pour un logiciel qu'aucun professionnel ne connaissait mais que la commission considérait comme le meilleur compromis pour répondre aux besoins des différentes professions de la MSP. Un contrat d'installation a été signé avec l'éditeur de logiciel, celui-ci a été payé par l'intermédiaire des NMR et le logiciel a été installé. Tous les médecins de la structure, exceptés deux (dont le médecin membre de la commission) ont cependant refusé d'abandonner leur ancien logiciel médical et d'utiliser ce nouveau logiciel pluriprofessionnel. Ils ont avancé deux raisons : premièrement, la migration des informations enregistrées dans leur ancien logiciel n'était pas automatique ce qui supposait que les professionnels les recopient manuellement (ce qu'ont toutefois accepté les deux autres médecins ainsi que tous les infirmiers qui ont mis en place le logiciel pluriprofessionnel[1]) ; deuxièmement, le logiciel a connu plusieurs « *bugs* » (lenteur au moment de l'ouverture des dossiers, arrêts momentanés, pertes de données). Les médecins ont alors proposé à l'ensemble des professionnels de garder leur logiciel médical et de leur permettre d'accéder à certaines de leurs informations (ce qui était techniquement possible d'après l'éditeur de ce logiciel médical). Mais les infirmiers, rejoints par d'autres professionnels, se sont opposés à ce passage en force des médecins qui ne respectaient pas la décision prise par la Commission informatique. Cette opposition franche des professionnels paramédicaux aux médecins généralistes a donné lieu à un conflit qui a divisé pendant plusieurs mois le groupe pluriprofessionnel et certains professionnels paramédicaux n'excluaient pas de quitter la MSP au moment de notre enquête.

La deuxième situation conflictuelle concerne l'entrée d'un nouveau professionnel dans la MSP 5. L'équipe cherchait à intégrer un nouveau professionnel (*a priori* non déterminé) afin d'occuper un cabinet demeuré vacant, dont le loyer pesait sur les charges mensuelles du groupe. Un ostéopathe s'est porté volontaire et tous les professionnels exceptés deux médecins généralistes ont voté positivement pour son intégration. Les statuts de la SISA prévoyant que l'entrée d'un nouveau professionnel pouvait être décidée à la majorité des 2/3, les professionnels ont pensé la décision actée, mais un des médecins (opposés à l'arrivée de

[1] Il était prévu par la commission informatique que le logiciel soit dans un premier temps testé par les médecins et les infirmiers seulement, avant que les autres professionnels ne le mettent en place. Le logiciel a toutefois été abandonné avant que les autres professionnels n'aient pu l'utiliser.

l'ostéopathe) a alors invoqué une autre disposition de la SISA contraire à la première, selon laquelle ce type de décision ne pouvait être pris qu'à l'unanimité des professionnels. Cette erreur dans l'écriture des statuts de la SISA, où figuraient deux modalités de vote contraires, a finalement bloqué l'entrée de l'ostéopathe et exacerbé le conflit latent entre les professionnels à propos du logiciel. Un professionnel paramédical nous a par ailleurs expliqué en entretien que certains médecins avaient proposé que les votes des professionnels soient pondérés au prorata de la surface des cabinets, ce qui impliquait un poids plus important pour les votes des médecins qui avaient les plus grands cabinets. L'un des médecins nous a confirmé en entretien que cette proposition avait rendus « *furieux* » plusieurs professionnels.

Plus généralement, plusieurs professionnels paramédicaux de cette structure se sont plaints que leur avis n'étaient régulièrement pas pris en compte : plusieurs anecdotes nous ont été rapportées concernant des prises de décisions qui prenaient formellement l'apparence d'un vote démocratique mais qui, en pratique, accordaient moins de poids aux votes de certains professionnels, voire contraignaient les votes de ces professionnels. L'extrait d'entretien rapporté ci-dessous illustre ce point :

> « ***Je n'aime pas qu'on musèle ma parole. Qu'on me demande mon avis et qu'en fin de compte non, je puisse pas donner mon avis.*** *C'est le ressenti de beaucoup ici. Ouais,* ***le sentiment de ne pas être entendus****. Comment dire, il y a un défaut de… je pense qu'entre nous, infirmiers et médecins, c'est un… j'allais dire un combat de coqs mais c'est pas ça… je ne sais pas comment l'exprimer.* ***C'est à dire que nous, les infirmiers, on a le sentiment d'être soumis et régis par les médecins. Il est arrivé dans certaines réunions que les médecins nous obligent à changer nos votes, pour leur convenance****. Et ça… c'est pas possible ça ! C'est vraiment la problématique de la maison de santé. Donc je pense qu'il y a un défaut de pouvoir.* » (Infirmier, MSP 5)

Nous n'avons pas d'éléments pour confirmer ou infirmer ces témoignages et nous nous limiterons donc à constater une dynamique d'opposition entre les professionnels de la MSP 5, que nous n'avons pas observée dans les autres MSP de notre échantillon. Toutefois, les professionnels des autres structures témoignent également de la tendance des médecins généralistes à imposer leurs décisions. Pour exemples (et cette liste est loin d'être exhaustive) : un professionnel paramédical de la MSP 6 expliquait que certains de ses collègues « *n'osaient pas aller à l'encontre des décisions des médecins* », de peur de « *représailles sur les prescriptions* » ; un professionnel paramédical de la MSP 1 nous confiait s'être senti plusieurs fois en réunion comme « *dans une salle de classe* », face aux « *médecins* [qui] *avaient déjà une idée très claire de ce qu'ils voulaient mettre en place* » ; nous avons également déjà évoqué le

cas d'une sage-femme de la MSP 4 qui se plaignait qu'un médecin impose sa façon de remplir les dossiers des patientes. Mais ces professionnels ont à chaque fois minimisé les tensions ou les ont renvoyées au passé : « *ce n'était pas grand-chose* » avons-nous entendu, « *c'est de l'histoire ancienne* » ou encore « *on est vite passés à autre chose* ».

Comment expliquer ce souci de minimiser – voire d'éviter – les conflits, malgré les désaccords ? Les travaux d'Eliot Freidson sur le contrôle social dans les groupes médicaux peuvent être instructifs sur ce point.

3) Du contrôle social en MSP

Dans son analyse de l'exercice médical de groupe, Eliot Freidson met en évidence l'existence de « *règles collégiales informelles* » et parmi celles-ci, la solidarité, au fondement d'une forme de contrôle social direct entre médecins (Freidson, 1975). La solidarité n'empêche pas les désaccords entre médecins, mais ceux-ci sont exprimés la plupart du temps sous forme d'opinions alternatives et non de critiques, afin de conserver ce que l'auteur appelle une « *étiquette* » de respect mutuel et de confiance au sein du groupe. Eliot Freidson identifie quatre types de réponses des professionnels en cas de désaccord : l'évitement des conflits, la rancune (certaines « *offenses* » ne donnant pas lieu à une réaction immédiate de la part des professionnels, mais ceux-ci les gardant en mémoire et justifiant certaines de leurs réactions ultérieures à la lumière de ces précédents), les plaintes ou critiques directes entre professionnels et, dans certains cas, un système de faveurs entre professionnels dont certains seraient exclus.

Si Eliot Freidson ne s'intéresse qu'aux médecins dans son étude, il nous semble que les dynamiques que nous observons en MSP sont comparables. Dans notre cas d'espèce, ce que l'auteur appelle l'*étiquette* renvoie à la nouvelle norme organisationnelle de la collégialité que nous avons mise en lumière précédemment. En cas de désaccords, la réponse des professionnels est souvent la même : ils optent pour l'évitement des conflits, même si nos entretiens nous amènent à faire l'hypothèse que certains professionnels tiennent le compte des « *offenses* » qu'ils considèrent avoir subies. Excepté dans la MSP 5, nous avons en effet été témoin d'interactions verbales prudentes et nuancées, qui tranchaient d'ailleurs avec les propos parfois très critiques que nous entendions en entretiens individuels. Absence d'opposition ne veut toutefois pas dire acceptation : nous avons en effet constaté que, sans s'opposer aux médecins, certains professionnels parvenaient à échapper à leurs décisions (en n'assistant pas à certaines

réunions par exemple, ou en refusant de renseigner des informations sur le logiciel partagé). Et cela est également le cas entre médecins : nous avons en effet constaté plusieurs cas de médecins généralistes qui ne s'astreignaient pas aux nouvelles règles de l'exercice en MSP défendues par leurs confrères les plus investis – en l'occurrence les porteurs de projets que nous avons considérés dans le chapitre 4.

Ces observations nous amènent à la conclusion que les professionnels des MSP préfèrent éviter les conflits que de remettre en cause la nouvelle norme de la collégialité – l'étiquette de la solidarité, chez Eliot Freidson – qu'ils affichent collectivement. Il n'est d'ailleurs pas exclu que notre présence, en tant qu'observateur extérieur, ait pu inciter les professionnels à mettre en scène collectivement cette collégialité qu'ils revendiquent dans leurs discours.

Conclusion du chapitre : La coordination pluriprofessionnelle en MSP, un concept fédérateur car ambivalent

La mise en perspective des règles formelles de la coordination pluriprofessionnelle en MSP et de leur utilisation par les professionnels dans ces organisations fait finalement émerger une tension entre deux conceptions différentes de la coordination pluriprofessionnelle. D'un côté, une conception collégiale – défendue par la puissance publique mais aussi revendiquée par les professionnels – qui ferait des professionnels des MSP un « *groupe d'égaux* » pour reprendre l'expression d'Eliot Freidson et Buford Rhea ainsi que de Talcott Parsons (Freidson et Rhea, 1963 ; Parsons, 1969). D'un autre côté, une conception hiérarchisée et médico-centrée, qui permet aux médecins généralistes de conserver un rôle à part et dominant au sein du groupe pluriprofessionnel, en tant que professionnels qui centralisent l'information, maîtrisent les décisions et garantissent la mise en œuvre des règles de la coordination vis-à-vis des autorités sanitaires. Dans le tableau ci-dessous, nous mettons en perspective ces deux conceptions de la coordination pluriprofessionnelle, en identifiant les principes d'organisation au fondement de chacune d'elle, leur traduction dans les textes légaux et leur traduction dans les procédures formelles de coordination en MSP.

Tableau – Deux conceptions de la coordination pluriprofessionnelle en MSP : principes d'organisation, traduction légale et traduction procédurale

	Principes d'organisation de la coordination pluriprofessionnelle	Traduction légale	Traduction procédurale
Conception hiérarchisée et médico-centrée de la coordination pluriprofessionnelle	Rôles et interventions des différents professionnels relevant d'une décision du médecin généraliste	- Professionnels paramédicaux exerçant essentiellement sur prescriptions médicales (*Code de la santé publique, Partie règlementaire, Livre III)* - Missions particulières reconnues aux « *médecin généraliste de premiers recours* » (*Loi HPST de 2009, article 36)* - Nouvelles compétences pour les auxiliaires médicaux, possibles uniquement dans une équipe coordonnée par un médecin (*LMSS de 2016, article 119 ; Décrets d'application n° 2018-629 et 2018-633 relatifs au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée)*	- Patientèle de la MSP (dont dépend le niveau des NMR) calculée en fonction de la patientèle médicale (nombre de patients ayant déclaré leurs médecins traitants parmi les médecins de la structure)
Conception collégiale de la coordination pluriprofessionnelle	Rôles et interventions des différents professionnels relevant d'une décision collective dans un groupe de professionnels interdépendants et égaux	- Définition légale du « *premier recours* » qui regroupe une diversité de professionnels médicaux et paramédicaux (*Loi HPST de 2009, article 36*) - Utilisation du champ lexical de la pluriprofessionnalité (*Loi HPST de 2009, Cahier des charges national des MSP de 2010, ACI de 2017*)	- Dimension pluriprofessionnelle de l'équipe pour obtenir le « *label* » MSP par l'ARS (minimum 2 médecins généralistes et un paramédical) - Nouvelles procédures de coordination qui font de la MSP une organisation collégiale idéale-typique : protocoles pluriprofessionnels de soins, réunions de concertation pluriprofessionnelle, système d'information partagé, fonction de coordination

Il convient selon nous de dépasser une lecture qui reviendrait à opposer ces deux conceptions apparemment contradictoires de la coordination pluriprofessionnelle et montrer que c'est précisément parce qu'elles coexistent que le nouvel impératif de coordination parvient à rassembler les autorités sanitaires et les professionnels de santé. Dans son mémoire d'habilitation à diriger des recherches consacré aux initiatives organisationnelles dans le secteur du cancer, Patrick Castel a montré que le terme « *coordination* » avait permis de fédérer une diversité d'acteurs professionnels et gestionnaires dans la mobilisation contre le cancer, malgré la polysémie de ce terme : selon les situations, la coordination peut en effet désigner une meilleure continuité des prises en charge entre la ville et l'hôpital, une division plus claire des tâches entre les professionnels du soin ou une meilleure prise en compte des attentes des patients (Castel, 2020). L'auteur rappelle d'ailleurs que Steven Epstein avait constaté de la même manière que le terme « *representation* » avait permis de fédérer un mouvement de mobilisation

dans la lutte contre le VIH aux États-Unis dans les années 1990, alors qu'il n'avait pas la même signification pour les différents acteurs de cette coalition (Epstein, 2007). Dans notre cas d'espèce, nous soutenons de la même manière que c'est précisément la polyvalence – voire l'ambivalence – du concept de « *coordination pluriprofessionnelle* » qui permet de fédérer les acteurs publics et professionnels autour de ce nouvel objectif d'organisation.

Les procédures formelles au service de la coordination pluriprofessionnelle pourraient finalement être comparées aux « *objets frontières* » (« *boundary objects* ») de Susan Leigh Star et James Griesemer (Star et Griesemer, 1989). Dans une étude qu'ils ont menée dans un musée zoologique en Californie, ces auteurs ont constaté que différentes catégories d'acteurs (biologistes, collectionneurs amateurs, trappeurs et administration universitaire) se retrouvaient autour d'un objectif commun de préservation de la nature, bien qu'ayant chacun des intérêts propres (respectivement : être reconnus comme experts dans certains domaines, conserver et collectionner, obtenir de l'argent et des informations relatives à la chasse, s'imposer face aux autres universités). D'après ces auteurs, les différents objets qui circulent entre ces acteurs (spécimens, cartes, notes de terrain, formulaires, recueils d'informations, etc.) sont suffisamment « *polyvalents* » et « *plastiques* » pour réconcilier ces différentes conceptions de la nature et permettre aux acteurs de coopérer pour atteindre leur objectif commun. Les auteurs précisent que ces objets frontières ne doivent pas être considérés comme des outils standardisés au service de l'imposition d'une vision ou d'une manière de faire, mais au contraire comme autant de « *ponts* » entre les acteurs. Le concept de coordination pluriprofessionnelle et, plus spécifiquement, les différents outils et procédures qui l'opérationnalisent en MSP, jouent selon nous le même rôle de ponts entre les autorités sanitaires et les professionnels de santé des MSP, mais aussi, entre les professionnels des MSP eux-mêmes. D'abord, autorités sanitaires et professionnels de santé se retrouvent autour de l'objectif commun de développer la coordination pluriprofessionnelle : pour les premières, elle est considérée comme le moyen d'améliorer l'organisation et la qualité des soins en employant au mieux les professionnels et les compétences disponibles, dans un contexte de désertification médicale ; pour les seconds, la coordination est aussi vue comme un moyen d'améliorer la qualité des soins mais aussi de répondre à leurs propres intérêts, qui peuvent diverger (accéder à certaines informations sur les patients, redistribuer les tâches, équilibrer les relations professionnelles ou, au contraire, se ménager une place spécifique au sein du groupe pluriprofessionnel). Ensuite, le concept de coordination pluriprofessionnelle est assez ambivalent et les procédures de coordination assez

plastiques pour que les différents acteurs s'y retrouvent et participent à leur mise en œuvre, sans qu'une vision unique et contraignante de la coordination n'ait jamais été imposée. Cette absence de contrainte est d'ailleurs selon nous une condition de la mise en œuvre des procédures de coordination, comme nous l'avons démontré dans le chapitre 2.

Chapitre 6 – Une reconfiguration des territoires professionnels sous contrôle médical

« Après, comme on dit hein, on reste des infirmiers. On prend des constantes mais on ne se permet pas d'aller au-delà. »
Infirmier en MSP
.

L'objet du chapitre 5 était de comprendre à quelle logique d'organisation des soins renvoyait la coordination formalisée en MSP, autrement dit d'identifier les rôles que les nouveaux outils de coordination prévus dans l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel) attribuaient aux différents professionnels ainsi que les modalités d'articulation de leurs interventions. Mais malgré cette entreprise de formalisation de la coordination pluriprofessionnelle, nous constatons sur le terrain que l'organisation des soins en MSP demeure en grande partie le fruit d'échanges et d'arrangements informels entre professionnels : les stratégies de prise en charge décidées en réunion de concertation sont souvent modifiées dans la pratique et les professionnels coopèrent en dehors des protocoles pluriprofessionnels de soins. Nous observons notamment des délégations de tâches (cf. encadré 1 ci-dessous) inédites des médecins généralistes vers d'autres professionnels de la MSP, parfois volontaires mais parfois contraintes par le contexte organisationnel, et qui conduisent à une extension des périmètres d'activité des professionnels non-médecins[1]. Or, cette nouvelle division du travail ne s'accompagne que très rarement de conflits entre professionnels des MSP, ce qui a suscité notre étonnement. En effet, à la lecture des travaux de référence d'Andrew Abbott sur les relations entre groupes professionnels (mais aussi d'Howard Vollmer et Donald Mills avant lui (Vollmer et Mills, 1966)), nous nous attendions à observer des « *luttes juridictionnelles* » (Abbott, 1988) entre professionnels pour garder – ou prendre – le contrôle de ces tâches qui

[1] Nous préférons parler ici de professionnels « *non-médecins* » plutôt que de professionnels paramédicaux, car ces délégations concernent également des professionnels qui ne sont pas classés parmi les professions paramédicales dans la Code de la santé publique, en l'occurrence des sages-femmes (profession médicale) et des psychologues. La HAS rappelle la liste des professions de santé définie par le Code de la santé publique. Parmi les professions médicales figurent les médecins ainsi que les sages-femmes (que nous retrouvons dans les MSP de notre panel) et, parmi les professionnels paramédicaux figurent les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les orthophonistes et les diététiciens (que nous retrouvons dans nos MSP). Les psychologues, également présents dans notre échantillon, ne figurent ainsi pas parmi les professions de santé encadrées par le Code de la santé publique (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03_reco_delivrance_information_personne_etat_sante.pdf, consulté le 15/05/2020)

relèvent traditionnellement de prérogatives médicales[1]. Comment expliquer alors que cette reconfiguration des juridictions professionnelles en MSP, qui mène à une extension du périmètre d'activité des professionnels non-médecins, ne donne que rarement lieu à des conflits ?

Plusieurs travaux sur les relations entre médecins ainsi qu'entre médecins et infirmiers nous ont aidés à appréhender les dynamiques de coopération entre professionnels au-delà des dynamiques concurrentielles, et à ne pas seulement y voir des situations de subordination non problématique (suite au premier travaux d'Eliot Freidson (Freidson, 1968, 1970a), cette lecture en termes de subordination a en effet prédominé dans l'analyse des relations entre médecins et infirmiers). Des études empiriques sur les relations entre médecins et infirmiers à l'hôpital, s'inscrivant dans la lignée des travaux interactionnistes d'Anselm Strauss (Strauss et al., 1963), ont notamment montré que les infirmiers pouvaient influencer les décisions des médecins au cours des interactions, sans que ce débordement du rôle qui leur est formellement attribué ne mène à des conflits (Allen, 1997 ; Hughes, 1988 ; Porter, 1995 ; Stein, 1967 ; Svensson, 1996). Davina Allen montre plus particulièrement que le contexte organisationnel (notamment le fait que les infirmiers soient présents en continu dans les services hospitaliers, contrairement aux médecins) amène ces professionnels à prendre des décisions médicales sans que cela ne suscite d'opposition de la part des médecins. Nous avons identifié des contraintes organisationnelles comparables en MSP (Moyal, 2020). Davina Allen explique l'absence de conflits (voire même l'absence de négociations), par le fait que ce débordement des infirmiers de leur rôle demeure informel et ponctuel, et conduit ainsi à un simple brouillage (« *blurring* ») (Allen, 1997, p. 506) des frontières professionnelles. Dans une étude récente sur les médecins des secteurs de la cancérologie et des addictions, Henri Bergeron et Patrick Castel (Bergeron et Castel, 2010) rendent également compte des dynamiques de coopération entre professionnels, mais constatent pour leur part que ces relations se stabilisent dans la durée et ne sont pas systématiquement renégociées entre partenaires de soins. Ils rejettent ainsi l'idée d'un « *ordre négocié* » (Strauss et al., 1963), local et contingent, que défendait pour sa part Davina Allen. Les auteurs expliquent

[1] Comme rappelé dans l'introduction générale, le concept de territoire ou de « *juridiction professionnelle* », introduit par Andrew Abbott, désigne le lien exclusif entre un groupe professionnel et un champ d'activités ou de tâches. Les « *luttes juridictionnelles* » renvoient dès lors à la concurrence que se livrent des groupes professionnels pour le contrôle de ces juridictions (Abbott, 1988).

la stabilisation des relations de coopération par un « *appariement* » durable entre des médecins qui acceptent des positionnements différentes et complémentaires dans les prises en charge : certains professionnels, dits « *non-captants* », acceptent de n'intervenir que ponctuellement au cours de la prise en charge du patient, sur demande d'un professionnel, dit « *captant* », qui revendique quant à lui un rôle central, décidant de la stratégie thérapeutique et suivant le patient à toutes les étapes de la prise en charge.

L'articulation de ces travaux qui se sont intéressés aux conditions de la coopération entre professionnels de santé, bien que défendant une approche différente, nous semble féconde pour l'analyse de notre cas. En nous appuyant sur les travaux interactionnistes et notamment ceux de Davina Allen, nous expliquerons que la nouvelle division du travail en MSP, qui remet parfois en causes les frontières professionnelles entre médecins et non-médecins, ne s'accompagne pas de conflits car les professionnels y trouvent leur intérêt de part et d'autre. Cela nous amènera d'ailleurs à dépasser une lecture de la délégation de tâches – trop réductrice à notre sens – qui reviendrait à faire porter aux professionnels traditionnellement dominés le « *sale boulot* » dévalorisé par la profession médicale dominante (Hughes et Chapoulie, 1996), puisque certaines des tâches cédées par les médecins renvoient à des activités considérées *nobles* par ces professionnels. Le cadre conceptuel proposé par Henri Bergeron et Patrick Castel nous permettra, quant à lui, de comprendre comment ces échanges ou arrangements entre professionnels peuvent se stabiliser dans le temps, sans être à chaque fois renégociés.

Ce chapitre est divisé en deux parties : avant de rentrer dans l'analyse de la division locale du travail en MSP, nous considèrerons les conditions dans lesquels de nouveaux échanges peuvent émerger entre professionnels. Ainsi, dans une première partie (A), nous montrerons l'importance du regroupement géographique dans le processus de reconfiguration des territoires professionnels, dans la mesure où il facilite la reconnaissance mutuelle de compétences entre professionnels de santé, d'une part, et, d'autre part, il permet des arrangements ponctuels ou récurrents entre partenaires de soins au cours des prises en charge. Or ces deux conditions conjuguées permettent précisément les délégations de tâches que nous observons entre médecins et non-médecins. Dans une seconde partie (B), nous analyserons la forme que prend la division du travail en pratique dans les MSP et expliquerons pourquoi la reconfiguration des territoires professionnels et plus précisément l'extension du périmètre d'activité des professionnels non-médecins ne conduit pas à des conflits – du moins à ce stade.

Encadré 1 : La délégation de tâches

L'expression *délégation de tâches* (ou parfois *transfert de tâches*) est très utilisée par nos enquêtés, du côté des professionnels de santé comme des autorités sanitaires. Il apparaît dans différents rapports publics dès le début des années 2000 (Berland, 2003 ; Bernier, 2008 ; Conférence Nationale de Santé, 2007 ; Haute Autorité de Santé et Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2008 ; HCAAM, 2007) et est repris dans l'article 51 de la loi HPST de 2009 relatif aux protocoles de coopération, sous l'expression de « *transferts d'activités ou d'acte de soins* ».

Nous faisons le choix, dans ce travail, de reprendre le terme de *délégation* employé par les enquêtés eux-mêmes. Le dictionnaire Larousse la définit comme une « *opération par laquelle une personne (le délégant) ordonne à une autre (le délégué) de faire ou de s'engager à faire une prestation à une troisième (le délégataire)* ». Cette définition générique correspond bien à l'acception de nos enquêtés, qui décrivent un acte par lequel le médecin (délégant) cède des tâches à un autre professionnel de santé (délégué) que ce dernier doit réaliser auprès du patient (délégataire). Cette délégation repose comme nous allons le voir sur la reconnaissance des compétences requises chez le professionnel délégué, et l'article L. 4011 du Code de la santé publique (en application de l'article 51 de la loi HPST de 2009) précise d'ailleurs que le transfert d'activités entre professionnels ne peut se faire que « *dans les limites des connaissances* [des professionnels de santé] *et de leur expérience* ».

Dans sa recommandation de 2008, la HAS (Haute Autorité de Santé et Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2008) soulignait toutefois que le terme de « *délégation* », ou celui équivalent de « *transfert* », posait une question juridique en termes de responsabilité pénale des professionnels de santé. Nous reproduisons ci-dessous le texte de la HAS :

Encadré 2. Délégations et transferts : des difficultés juridiques importantes

Par souci de clarification, les termes « délégations » et « transferts » n'ont pas été utilisés dans ce rapport en dehors du titre. Ces termes sont aujourd'hui largement utilisés par les professionnels de santé lorsqu'ils s'intéressent à la question des nouvelles modalités de répartition des activités.

Cependant, les travaux du groupe juridique nous amènent à penser qu'ils peuvent générer des confusions importantes, notamment en ce qui concerne la responsabilité des uns et des autres[24].

En effet, selon le droit pénal, seule la loi peut autoriser un professionnel à porter atteinte à l'intégrité corporelle d'un être humain et cette autorisation n'est ni transférable ni délégable. Un médecin qui transférerait ou déléguerait certaines activités qui appartiennent à lui seul sur le plan légal, de manière isolée, à un professionnel paramédical engagerait sa responsabilité pénale.

En revanche, l'impact des nouvelles formes de coopération, dès lors que la loi les autorise, sur la responsabilité civile des professionnels concernés est lié au mode de collaboration entre ces professionnels (indépendants, salariés d'un même établissement ou engagés par un contrat de travail).

Si l'article L. 4011 du Code de la santé publique a théoriquement répondu à cette question de la responsabilité en précisant que les transferts d'activités ne pouvaient avoir lieu que dans la limite des connaissances et de l'expérience des professionnels ainsi que dans le cadre de protocoles validés par la HAS qui précisent bien la répartition des tâches entre professionnels, les personnes rencontrées en MSP continuent de se poser la question de leur responsabilité professionnelle concernant les actes délégués. Certains médecins affirment en effet craindre que leur responsabilité soit engagée pour des actes réalisés par d'autres, comme par exemple pour l'adaptation du traitement par AVK. Qui est responsable si l'adaptation du traitement par conduit à la dégradation de l'état de santé du patient ? Cette question n'est juridiquement pas résolue à notre connaissance.

A - Une proximité géographique au fondement de nouvelles modalités d'échanges entre professionnels de santé

« *Ça nous a permis d'avoir un exercice plus convivial, c'est vrai. On est plus proches des autres professionnels de santé. Et cette proximité… c'est vraiment le plus de la maison de santé*[1] ». La « *proximité* » évoquée par cet infirmier de la MSP 4 est un terme qui revient à plusieurs reprises dans nos entretiens, tout comme le dérivé « *proche* ». Elle est identifiée, dans la littérature récente sur les soins primaires en France, comme un facteur favorisant la coordination pluriprofessionnelle (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014a ; Frattini, Fournier, Cécile et Naïditch, 2014 ; Huard et Schaller, 2011). Mais que recouvre au juste ce terme ? La proximité géographique, du fait du regroupement, est certes au cœur de la nouvelle organisation des soins que proposent les MSP, et constitue d'ailleurs l'un de leurs signes distinctifs par rapport aux autres dispositifs au service de la coordination dans le secteur ambulatoire – tels que les réseaux de santé. Mais il serait réducteur de résumer la proximité à une distance physique : derrière ce terme, les professionnels rencontrés en entretiens évoquent aussi bien le regroupement géographique que la compréhension mutuelle (de leurs attentes, de leurs compétences, de leurs pratiques…), des valeurs partagées, des relations de confiance… Autant d'éléments qui nous invitent à considérer différentes dimensions de la proximité.

Ron Boschma, qui s'appuie sur la littérature sur l'innovation et notamment les travaux d'André Torre et Jean-Pierre Gilly (Torre et Gilly, 2000), identifie cinq dimensions de la proximité qui nous semblent instructives pour notre cas d'étude : la « *proximité géographique* », qui désigne la distance physique entre les individus ; la « *proximité cognitive* », qui renvoie à des connaissances et des savoirs dont le partage facilite la compréhension mutuelle ; la « *proximité organisationnelle* », qui renvoie à des arrangements locaux permettant les échanges et les interactions entre les individus ; la « *proximité institutionnelle* », qui désigne un ensemble de normes et de valeurs communes qui facilitent également la compréhension mutuelle ; et la « *proximité sociale* », qui renvoie aux relations, aussi bien personnelles que professionnelles, qui peuvent induire la confiance. L'auteur montre que la proximité géographique, en facilitant les échanges quotidiens entre les individus, stimule les quatre autres dimensions de la proximité. Il souligne toutefois qu'elle n'est pas une condition nécessaire ni suffisante à la coordination : elle ne peut qu'accompagner et renforcer la proximité

[1] Entretien avec un infirmier de la MSP 4.

cognitive, qui est quant à elle la seule dimension de la proximité indispensable à l'apprentissage mutuel et à la coordination dans les organisations. S'inscrivant dans ce cadre théorique, l'Irdes remarque que si la proximité géographique peut favoriser le travail pluriprofessionnel en MSP, elle n'est pas un « *prérequis absolu* » (Frattini, Fournier, Cécile et Naïditch, 2014, p. 27) contrairement à la proximité cognitive qui déterminerait l'émergence du travail coordonné. En permettant une « *meilleure connaissance mutuelle* » ou « *meilleure compréhension mutuelle des expertises et compétences spécifiques de chaque groupe professionnel* », la proximité cognitive faciliterait en effet « *un nouveau partage non nécessairement formalisé des compétences, tâches, rôles et responsabilités de chaque professionnel* », soit une nouvelle division du travail (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014b, p. 25-26).

Ces travaux sont éclairants pour comprendre les conditions d'émergence de la coordination non formalisée entre professionnels des MSP et le rôle déterminant de la proximité cognitive. Nous allons toutefois montrer dans cette première partie qu'il convient de reconsidérer l'importance de la proximité géographique : sans être indispensable à la coordination, elle permet selon nous d'expliquer la forme particulière que prennent les échanges en MSP. En effet, la nouvelle proximité géographique, non seulement renforce la proximité cognitive entre professionnels qui étaient déjà amenés à coopérer par le passé, mais la fait émerger entre des professionnels qui ne se connaissaient pas ou peu avant leur installation en MSP (1). De plus, la proximité géographique rend possible des arrangements organisationnels (ou proximité organisationnelle) inédits, qui sont nécessaires à la coordination des professionnels au quotidien (2).

1) Des partenaires de soins qui apprennent à se connaître

Dans les six structures de notre panel, la majorité des professionnels se connaissait avant leur installation en MSP et n'ont pas attendu le regroupement géographique pour développer des relations professionnelles : échanges d'informations par téléphone et SMS sur certains cas de patients, rencontres fortuites au domicile des patients, passages occasionnels des professionnels paramédicaux dans les cabinets des médecins pour aller chercher des ordonnances par exemple, etc. Les MSP 2, 3, 4 et 6 sont d'ailleurs nées de la volonté partagée de professionnels de renforcer ces liens anciens, voire, pour la MSP 3, d'officialiser un

regroupement géographique existant[1]. Ainsi, nombreux sont les professionnels qui témoignent en entretien des « *(très) bonnes relations* » qu'ils entretenaient déjà avant l'installation en MSP, avec des professionnels qu'ils désignaient déjà comme des « *collègues* ».

Les professionnels soulignent toutefois de manière unanime que le projet de MSP a contribué à renforcer ces relations, voire à en créer de nouvelles entre ceux qui ne se connaissaient pas. Nous ne retranscrirons pas ici tous les extraits d'entretiens qui en témoignent, dans lesquels les professionnels évoquent la « *meilleure communication* », le « *renforcement* » ou l'« *amélioration* » des relations, ou disent « *échanger davantage* », avoir « *appris à se* connaître[2] », etc. Nous prendrons toutefois pour illustration les propos d'un médecin généraliste de la MSP 1, qui témoigne du renforcement des relations avec ses confrères médecins avec lesquels il exerçait déjà dans un cabinet médical de groupe et évoque les nouvelles relations avec les paramédicaux, qu'il ne connaissait pas ou avec lesquels il avait peu de liens :

> « *Alors, on travaillait déjà ensemble en tant que médecins, dans le cabinet de groupe. Parce qu'***on était un bon cabinet de groupe, avec des bonnes relations***. On se parlait, si on avait besoin d'un avis on s'appelait, etc. Donc ça, je connaissais déjà.* ***Mais là, c'est poussé à un degré supplémentaire parce qu'on fait aussi des réunions de staff où on parle des dossiers ensemble****. Mais surtout,* ***ce qui est nouveau et ce qui est génial, c'est de collaborer avec les paramédicaux. Parce que c'était rarissime avant****, de vraiment avoir le kiné ou l'infirmier au téléphone. Ça se faisait très peu. Ce qui est vraiment bien dommage, mais voilà…* ***On n'a pas le temps, on se connaît pas vraiment, on n'ose pas. Mais là, ici, on se connaît, on s'aime bien, donc c'est facile*** *de prendre le téléphone pour demander un avis ou pour demander : « Est-ce que tu peux voir un tel ? »* » (Médecin généraliste, MSP 1)

Mais l'exercice regroupé et coordonné en MSP n'est que le résultat d'un processus plus long de regroupement, qui prend plusieurs mois, voire années, pendant lequel les professionnels élaborent le projet de santé ainsi que le projet immobilier de la structure, avant de commencer à exercer dans celle-ci. Et c'est tout au long de ce processus que les professionnels de santé apprennent à se connaître, avant même d'exercer en MSP.

[1] Plusieurs cabinets (médicaux et paramédicaux) étaient en effet déjà regroupés dans un même bâtiment.

[2] Nous rapportons ici des expressions qui sont plusieurs fois revenues en entretien.

Avant l'ouverture[1] : se fédérer autour d'un projet

Une étude de la littérature grise montre que les autorités sanitaires, ainsi que les cabinets de conseil qui accompagnent la création de MSP, recommandent plusieurs étapes pour la création d'une MSP, dont l'ordre est toujours le même. En premier lieu, la réalisation d'un diagnostic territorial pour identifier les besoins de santé et l'offre de santé présente sur le territoire, afin de juger de l'opportunité de créer une MSP et d'adapter, le cas échéant, la nature et le volume de l'offre de la structure. En second lieu, la constitution d'une équipe pluriprofessionnelle qui souhaite s'investir dans le projet. En troisième lieu, l'élaboration d'un projet de santé, qui précise l'offre de la future MSP, ainsi que l'organisation et le fonctionnement de la structure (horaires, fonctionnement des réunions, etc.). C'est ce document qui pourra être transmis à l'ARS pour l'obtention du label MSP et la signature de l'ACI. Ce document permet également la constitution d'un dossier pour des demandes de subventions auprès des collectivités territoriales pour financer la construction ou la rénovation du bâtiment (voir chapitre 1). En quatrième lieu, l'élaboration d'un projet immobilier, qui décrit la répartition et l'organisation des espaces (cabinets, parties communes, espaces de circulation, etc.). Voici, pour illustration, un schéma réalisé par une fédération régionale (l'APMSL, Association des Pôles et Maisons de Santé des Pays de la Loire) présentant les différentes étapes du processus de création d'une MSP[2] (cf. document 1). Le projet immobilier ou architectural est considéré comme une étape facultative dans ce schéma. Et l'APMSL précise en effet : « *Attention à ne pas confondre le projet de santé et le projet immobiliter ou architectural. Constituer une MSP est avant tout la création d'une équipe pluriprofessionnelle autour d'une envie de projet commun. Une MSP ne consiste pas en une mise en commun de locaux, même si cette dimension peut en être l'un des éléments*[3] ». Cette fédération ne fait ainsi pas du regroupement géographique dans une même structure une fin en soi, mais un moyen facultatif

---

[1] Nous avons mené notre enquête dans des MSP déjà en fonctionnement. Les informations que nous rapportons ici sur la période préalable au regroupement sont ainsi tirées de nos entretiens avec les professionnels et de la documentation.

[2] Notons que cette fédération prévoit six étapes au lieu des quatre principales que nous avons identifiées, notamment une étape préalable qui est celle du constat de l'existence d'une volonté partagée par des professionnels de « *travailler ensemble* » ; ainsi qu'une étape intermédiaire avant la mise en œuvre du projet de santé et du projet immobilier, qui correspond à la reconnaissance officielle en tant que MSP par les autorités sanitaires.

[3] https://www.apmsl.fr/page/comment-creer-une-msp/, « *Étape 6 – Mettre en œuvre son projet de santé et réfléchir au projet immobilier* », consulté le 23.11.2019.

de développer les échanges pluriprofessionnels. Notre échantillon de MSP vient toutefois réinterroger le déroulement de ce processus et la place apparemment marginale attribuée au projet immobilier. D'abord, exceptés les professionnels de la MSP 3 qui fonctionnent en pôle, les professionnels des autres MSP ont choisi une organisation en une seule structure et ont considéré le regroupement des locaux comme déterminant dans le projet[1]. Ensuite, dans la MSP 3, le regroupement géographique a précédé l'élaboration du projet de santé : plusieurs cabinets étaient déjà réunis sur un même site avant que certains professionnels n'expriment l'envie d'élaborer un projet de santé et de faire reconnaître officiellement la structure en tant que MSP. Dans les autres structures, les projets immobiliers ont été menés concommitamment aux projets de santé : les professionnels ont réfléchi parallèlement à l'offre de soins et aux modalités du regroupement géographique, et ont proposé un projet de santé aux autorités sanitaires (également soumis aux collectivités pour l'obtention potentielle de subventions pour le bâtiment) associant ces deux volets du projet. Ainsi, pour nos six MSP, le regroupement géographique semble indissociable du développement des échanges entre professionnels et de l'émergence du travail en équipe.

Document 1 : Les étapes de création d'une MSP
Source : APMSL, « *Comment créer une MSP ? Identifier, coordonner, administrer, budgétiser, définir le « travailler ensemble* »

Se constituer en MSP est une réelle DEMARCHE PROJET respectant une chronologie.



Les chercheurs de l'Irdes considèrent d'ailleurs les phases d'élaboration du projet de santé et du projet immobilier comme des étapes importantes au cours du processus de regroupement, pendant lesquelles se fédère le futur groupe pluriprofessionnel : ce moment permet en effet de « [sélectionner] *de facto les professionnels de santé qui acceptent d'entrer dans une dynamique collective* » (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014b, p. 38). Concernant le

[1] Il arrive toutefois que certains cabinets de professionnels paramédicaux soient situés en dehors du bâtiment principal de la MSP, mais ce sont des exceptions : notamment un cabinet de masseurs-kinésithérapeutes dans la MSP 2 et un cabinet infirmier dans la MSP 6.

projet de santé, dont l'élaboration requiert plusieurs mois de réflexion collective, les professionnels rencontrés sur notre terrain confirment qu'il s'agit d'un moment fondateur de la constitution du groupe, pendant lequel les professionnels apprennent progressivement à se connaître et prévoient les modalités de leur future coordination :

> « *Au fur et à mesure des réunions,* ***tu apprends à connaître les gens****, c'est sympa. Pour l'écriture du projet,* ***tu dois présenter ce que tu fais****, faut l'écrire dans le projet.* ***Et tu apprends ce que font les autres*** », (Sage-femme, MSP 4).

En revanche, les questions immobilières ont plusieurs fois été une « *pomme de discorde* » (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014b, p. 23). La première préoccupation des professionnels est l'augmentation globale des coûts dans la nouvelle structure. Les professionnels sont attachés à améliorer leurs conditions matérielles de travail (surface des cabinets, salle de repos, matériel et équipement médical, présence d'un secrétariat en continu, etc.) mais soulignent que ces changements impliquent une augmentation des charges et du loyer[1] par rapport à leurs cabinets précédents. Une autre préoccupation, liée à la première, est l'équité entre professionnels, chacun cherchant à améliorer ses conditions d'exercice sans être lésé par rapport aux autres. La répartition du loyer et des charges de fonctionnement est ainsi très souvent un point d'achoppement entre professionnels et le cas de la MSP 4 en est une illustration (voir chapitre 5). Bien que moins fédérateur que le projet de santé, le projet immobilier peut malgré tout être l'occasion de créer une nouvelle forme de solidarité entre professionnels, comme cela a été le cas dans la MSP 1 : un orthoptiste nous a en effet expliqué que les autres professionnels de la structure avaient contribué à payer son loyer et ses charges les premiers mois, ainsi que ceux d'un autre professionnel paramédical, car ils étaient tous deux encore liés par un bail dans un autre cabinet et n'auraient pas pu intégrer la MSP sans cette aide de leurs collègues.

Après l'ouverture : échanger au quotidien et « *apprendre à se connaître* »

> « *En fait,* ***tu connais vraiment les gens une fois que tu bosses avec eux, que tu les vois tous les jours****. Parce que le projet de santé, ça reste théorique.* ***On formalise ce qu'on fait mais en fait, tu vois une fois que t'es dans la maison****. Y'en a certains, je les vois presque jamais, j'ai pas encore trop bossé avec eux. Mais petit à petit, ça vient, ça prend.* » (Médecin généraliste, MSP 1).

[1] Les professionnels sont tous locataires de leurs cabinets excepté dans la MSP 2 où des médecins sont propriétaires de la structure.

Si la période précédant l'ouverture permet aux professionnels qui se connaissaient peu (ou pas du tout pour certains) de faire connaissance, l'apprentissage mutuel des compétences et des pratiques a surtout lieu une fois la structure ouverte, du fait de l'intensification des échanges au quotidien. Ces échanges ont lieu dans le cadre formel des réunions de concertation pluriprofessionnelle, mais aussi de manière informelle quand les professionnels se croisent dans les couloirs, à la pause-café ou sur le parking, comme l'explique ce médecin généraliste de la MSP 4. Il considère l'« *unité de lieu* » comme un élément essentiel venant modifier les relations entre professionnels :

> *« On essaye de mettre en place les réunions de concertation et les protocoles. Parce qu'en plus, on est payés pour ça. Enfin, on est payés pour ça… plutôt, on nous incite à en faire, le temps est dédommagé. Mais* ***y'a l'informel surtout. On se croise, on se parle****... Là, je viens de croiser B.* [infirmier] *sur le parking et on a parlé d'un patient. Ou au café, voilà.* ***Et ça, l'unité de lieu, si on a une valeur ajoutée dans notre quotidien, c'est ça.*** *On est toute la journée en consultation, mais on va se croiser à midi, au café... »* (Médecin généraliste, MSP 4)

Les chercheurs de l'Irdes constatent de la même manière que les contacts physiques et le travail quotidien participent à améliorer la connaissance mutuelle entre professionnels des MSP : « *La proximité géographique a favorisé les contacts physiques, générateurs d'une plus grande proximité cognitive, l'abaissement de la « distance cognitive » entre professionnels résultant auparavant de la méconnaissance de leurs compétences et expertises respectives. Le travail au quotidien a permis l'émergence de cette interconnaissance, puis d'une confiance acquise par le travail au cas par cas avec les patients* » (Fournier, Frattini et Naiditch, 2014b, p. 25-26).

Dans la MSP 5, un médecin généraliste a proposé de formaliser ces moments d'échange et d'apprentissage entre professionnels en organisant des « *repas de présentation* » ou « *repas interdisciplinaires* » à échéances régulières, lors desquels les professionnels sont chargés à tour de rôle de présenter leurs compétences et leurs pratiques quotidiennes (journée type, habitudes de travail, soins réalisés, etc.). Les professionnels de cette structure ont un avis unanimement positif sur ces repas, qui leur permettent d'« *apprendre à se connaître* ». Nous rapportons ici deux extraits d'entretiens pour illustration :

> *« Ce qu'on a fait de bien, c'est les repas interdisciplinaires. On doit être au quatrième ou cinquième. On a fait les médecins et on a parlé du système des gardes, les infirmiers, les orthophonistes, la médecine du travail et là, nous attaquons les psychologues. Et après je sais pas. Et alors ça,* ***les repas interdisciplinaires, ça marche bien. Il y a pratiquement tout le***

***monde**, à part un ou deux médecins qui ne viennent jamais. Vous trouverez qui… Dans l'ensemble ça marche bien. **Les gens apprennent à se connaître. Nous les médecins, on les connaît peut-être déjà un peu plus, car on est un peu à la charnière de toutes ces professions mais les autres entre eux, ils connaissent moins.** »* (Médecin généraliste, MSP 5)

*

*« Je pense que **la diététique, c'est pas forcément très connu**, surtout en libéral. Et c'est sûr que… **Enfin, si les autres professionnels ne savent pas ce qu'on fait et ne peuvent pas expliquer aux patients à quoi on sert, bah c'est difficile**. Et on fait des repas entre nous où on présente à tour de rôle ce qu'on fait. C'est super intéressant. Et **par exemple, l'orthophoniste nous a présenté ce qu'il faisait.** Moi, je pensais que c'était que pour les enfants et en fait, il s'occupe aussi des adultes. Enfin il y a plein de choses qu'on n'a pas forcément en tête. »* (Diététicien, MSP 5)

Cet apprentissage mutuel des rôles et des compétences favorise deux types d'échanges entre professionnels au quotidien : d'un côté, des échanges d'informations et d'avis sur des cas de patients et, d'un autre côté, des délégations de tâches. Concernant les échanges d'informations et d'avis, nous avons recueilli plusieurs témoignages de médecins soulignant qu'ils faisaient aujourd'hui plus souvent appel aux avis des autres professionnels (l'exemple le plus fréquemment cité étant le suivi des plaies, pour lesquelles les médecins sollicitent les infirmiers habitués à faire des pansements complexes). Inversement, les professionnels non-médecins expliquent solliciter ponctuellement les avis des médecins quand ils les croisent dans la MSP. Concernant les délégations de tâches entre professionnels, nous analyserons en détails leurs mécanismes ainsi que leurs implications sur les territoires professionnels dans la deuxième partie du chapitre. Nous préciserons seulement ici que les médecins généralistes affirment adresser[1] plus fréquemment des patients aux autres professionnels depuis leur installation en MSP, pour des tâches qu'ils auraient réalisées eux-mêmes auparavant ou pour lesquelles ils auraient adressé les patients à l'hôpital. Quand nous leur demandons la raison de ces adressages plus fréquents, ils avancent principalement deux réponses : le fait qu'ils identifient ces professionnels alors qu'ils ne les connaissaient pas tous avant l'installation en MSP et qu'ils

---

[1] Le terme « *adressage* », que nous empruntons aux professionnels désigne la pratique d'orienter un patient vers un autre professionnel de santé (nous rappelons toutefois que l'article R. 4127-23 du Code de la santé publique interdit le compérage, c'est-à-dire l'adressage du patient vers un professionnel en particulier, qui est considéré comme une « *entente illicite* » par le Conseil national de l'Ordre des médecins). L'adressage peut consister en une prescription médicale (la plupart des soins des professionnels paramédicaux requérant une prescription, comme nous l'avons déjà souligné) ou en une simple recommandation d'aller consulter un autre type de professionnels qui ne suppose pas de prescription médicale (médecin spécialiste, sage-femme, chirurgien-dentiste, psychologue).

ont une meilleure connaissance des soins qu'ils proposent, ainsi que le fait qu'il est plus facile pour les patients de s'adresser à des professionnels exerçant dans la même structure.

En résumé, la proximité géographique s'accompagne de contacts réguliers voire quotidiens entre professionnels, qui permettent une forme d'apprentissage mutuel de leurs compétences et de leurs pratiques, soit une plus grande « *proximité cognitive* » (Boschma, 2005) qui facilite l'ajustement des pratiques entre professionnels.

2) Un nouveau contexte organisationnel qui permet des arrangements inédits entre partenaires de soins

La proximité géographique ne renforce pas seulement une proximité cognitive déjà existante entre professionnels, elle rend également possible des arrangements informels qui permettent aux professionnels de contourner certaines difficultés de coordination qui se posent fréquemment dans le secteur ambulatoire.

Les professionnels non-médecins soulignent tous l'intérêt de pouvoir avoir un accès direct aux médecins généralistes dans la MSP, qui sont en général difficilement joignables par téléphone ou par email. Le regroupement dans une même structure leur permet en effet de dépasser ces contraintes organisationnelles et d'obtenir plus facilement des informations sur les patients (antécédents et traitements en cours, notamment) ainsi que des avis médicaux : ils peuvent consulter directement les dossiers des patients (dans le logiciel commun ou en s'adressant au secrétariat médical) ou demander spontanément des avis aux médecins quand ils les croisent. Plusieurs professionnels non-médecins nous ont en effet confié qu'ils osaient aujourd'hui davantage « *déranger* » les médecins. C'est le cas, par exemple, de ce pédicure-podologue qui nous expliquait en entretien que depuis son installation dans la MSP, il avait pris l'habitude de solliciter ponctuellement les médecins généralistes par téléphone ou en toquant directement à leurs portes :

> Enquêtrice : *« Mais est-ce que vous fonctionniez pas déjà un peu de cette manière-là avant ? »*
> Interviewé : *« Non. Non, parce qu'on se voyait pas. On se voyait pas. Avant, au départ, les premiers temps **j'avais une trouille phénoménale de déranger**. Donc je me faisais violence, quand je voyais que y'avait un problème, pour aller déranger le médecin. **Alors qu'aujourd'hui je les connais bien, je les croise tous les jours. Ça prend une minute, et je ne les dérange pas.*** » (Pédicure-podologue, MSP 6).

Réciproquement, les médecins généralistes rapportent diverses situations dans lesquelles ils font appel à d'autres professionnels non-médecins de la MSP pour le suivi de certains patients. Les collègues de la MSP, qui sont pour certains en contact régulier avec les patients (c'est le cas notamment des infirmiers qui vont parfois quotidiennement à domicile, ou des sages-femmes qui sont en contact régulier avec les patientes pendant le temps de leur grossesse), représentent une source d'information que les médecins peuvent directement solliciter au sein de la structure. Ces coopérations prennent aujourd'hui la forme d'arrangements ponctuels, au cas par cas, selon les patients et les professionnels disponibles dans la structure. Nous faisons toutefois l'hypothèse qu'ils pourraient devenir plus routiniers à terme, voire se formaliser. Les « *permanences infirmières* » sont un exemple qui semble présager d'une évolution en ce sens (voir chapitre 2). Certains médecins des MSP 4 et 5 évoquaient en entretien leur souhait de mettre en place un système de roulement pour assurer une présence continue d'infirmiers dans la structure. Pendant ces permanences, les infirmiers présents pourraient non seulement réaliser leurs soins courants qu'ils font aujourd'hui principalement à domicile (injections, pansements, prélèvements sanguins, perfusions, soins d'hygiène notamment), mais également être sollicités ponctuellement par les autres professionnels de la structure pour des avis et pour certains gestes techniques : prélèvements sanguins directement demandés par le médecin en cours de consultation, pansements, etc. À ce jour, presque tous les cabinets infirmiers du panel assurent une permanence quotidienne dans leur MSP, mais d'une ou deux heures seulement. Si certains infirmiers se disent ouverts à l'idée d'organiser une permanence en continue dans la MSP, tous soulignent qu'il n'est pas envisageable d'arrêter pour autant les soins à domicile. D'abord parce que certains patients n'ont pas la capacité physique de se déplacer. Ensuite parce que même pour les patients mobiles, les soins à domicile permettent aux infirmiers de recueillir des informations qu'ils estiment utiles pour les prises en charge (problèmes d'hygiène, problèmes alimentaires, isolement familial ou social, non-adaptation du logement à l'état de santé du patient, etc.). De plus, tous les infirmiers interrogés soulignent que les soins au cabinet ne sont pas encore dans la « *mentalité* » des patients, habitués à faire venir les infirmiers chez eux (ils précisent d'ailleurs que de nombreux patients préfèrent payer le coût du déplacement de l'infirmier, non remboursés par l'Assurance Maladie, plutôt que de se déplacer eux-mêmes au cabinet). Enfin, se pose la question de la rémunération de ces permanences : dans un système de paiement à

l'acte, comment pourrait être rémunéré le temps passé dans la MSP à attendre d'être sollicités par un médecin ou par un autre professionnel ?

En résumé, la proximité géographique en MSP, inédite pour des professionnels qui exerçaient jusqu'alors dans des cabinets individuels ou monoprofessionnels, permet des arrangements informels au fondement de nouvelles modalités d'échange, ce que Ron Boschma nomme la « *proximité organisationnelle* ». Nos observations confirment celles des chercheurs de l'Irdes, qui remarquent que les professionnels regroupés en MSP parviennent à « [s'affranchir] *des préjugés régissant les rapports entre professions ou de leurs liens de subordination », pour « développer des actions coopératives (ex : gestion des plaies, interpellations réciproques sur le suivi de patients complexes…) mais toujours de manière informelle* » (Frattini, Fournier, Cécile et Naïditch, 2014, p. 26). Si ces arrangements se font encore au cas par cas, les interactions répétées entres des professionnels qui sont nouvellement amenés à travailler ensemble au quotidien pourraient s'accompagner à terme d'une certaine stabilisation des échanges.

Ces différentes observations nous amènent finalement à formuler deux propositions principales sur le rôle du regroupement géographique en MSP. La première est que le regroupement institutionnalise le plus souvent des liens déjà existants entre professionnels. François-Xavier Schweyer a d'ailleurs montré que les réseaux de santé venaient de la même manière institutionnaliser ou « *systématiser des liens qui existaient déjà* » plus qu'ils n'en créaient (Schweyer, 2005, p. 91). Cela n'exclut toutefois pas que de nouvelles relations puissent naître, du fait de l'intégration d'autres professionnels dans la structure. La seconde est que le regroupement géographique crée des situations inédites où des professionnels accoutumés à l'exercice isolé ou monoprofessionnel sont dorénavant en contact presque quotidiennement avec d'autres professionnels, échangent des informations et des avis et se délèguent des tâches. Cela participe non seulement à renforcer (voire à permettre, pour les professionnels qui ne se connaissaient pas) la reconnaissance mutuelle des compétences et des pratiques entre partenaires de soins (la « *proximité cognitive* »), mais cela rend également possible des arrangements locaux entre professionnels (la « *proximité organisationnelle* »), notamment le partage spontané d'informations ou même des interventions ponctuelles et informelles pendant les prises en charge. Or nous allons voir dans la deuxième partie que la reconnaissance des

compétences entre partenaires de soins et les arrangements organisationnels sont précisément au fondement des ajustements mutuels entre professionnels de santé qui sous-tendent la division du travail en MSP.

B - Reconfiguration des territoires professionnels et absence de conflits : des professionnels qui trouvent leur intérêt à la nouvelle division du travail

La division du travail entre professionnels de santé est légalement encadrée par le Code de la santé publique[1]. Il reconnaît des compétences propres aux professions médicales (parmi lesquelles les médecins généralistes et les sages-femmes que l'on retrouve dans les MSP de notre échantillon[2]), qui sont les seules habilitées à réaliser des diagnostics et à avoir le droit de prescription. Les professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et diététiciens, que nous retrouvons en MSP), exercent quant à eux sur prescriptions médicales : cela signifie que leurs actes doivent être prescrits par un médecin, sur ordonnance au patient. La prescription médicale est d'ailleurs ce qui permet au patient de prétendre à un remboursement de l'Assurance Maladie, pour tout ou partie des frais engagés pour ces soins. Concernant les pédicures-podologues, précisons que seuls les soins de prévention pour les patients diabétiques sont prescrits par un médecin et que la plupart des actes réalisés par ces professionnels ne supposent pas de prescriptions (soins de pédicurie courants pour des lésions comme les cors et les panaris ainsi que confection de semelles orthopédiques). Les médecins généralistes peuvent par ailleurs recommander à leurs patients d'aller consulter d'autres professionnels pour certains besoins spécifiques, en dehors de toute prescription médicale : des sages-femmes pour les soins gynécologiques ou obstétricaux, des psychologues

[1] La quatrième partie du Code de la santé publique identifie les compétences et responsabilités des professions médicales et paramédicales (ainsi que des pharmaciens).

[2] Les chirurgiens-dentistes font également partie des professions médicales reconnue dans le Code de la santé publique et peuvent être présents en MSP. C'est d'ailleurs le cas dans deux structures de notre échantillon (MSP 2 et 6). Nous faisons cependant le choix de ne pas considérer les chirurgiens-dentistes de la MSP 2 dans cette analyse, car nous avons constaté que leurs échanges avec les autres professionnels de la MSP étaient très réduits (les professionnels l'ont ouvertement reconnu de part et d'autre) et que le cabinet dentaire fonctionnait de manière autonome (il est géographiquement isolé dans la MSP, a son propre secrétariat, etc.). Il s'agit ainsi davantage d'un regroupement de cabinets que d'une intégration du cabinet dentaire dans la MSP. Nous évoquons en revanche le chirurgien-dentiste de la MSP 6 car il fait partie intégrante de la MSP et de la SISA, participe aux réunions de concertation, etc.

pour les prises en charge psychologiques, des pédicures-podologues pour les soins de pédicurie courants ou la confection de semelles. La division du travail de soins dans le secteur ambulatoire (que ceux-ci soient prescrits ou simplement recommandés par les médecins généralistes) répond ainsi à une logique de partition entre, d'un côté, des médecins qui sont en charge du diagnostic et des décisions thérapeutiques et, de l'autre, des professionnels auxquels les médecins adressent des patients et qui exécutent les décisions médicales.

Nous allons voir dans un premier temps (1) que cette logique de partition entre médecins prescripteurs et professionnels exécutants n'est pas remise en cause la plupart du temps en MSP, car les seconds dépendent des prescriptions ou de l'adressage des premiers pour assurer leur activité de soins. Cette relation de dépendance explique selon nous l'absence de conflits au cours de la division du travail. Nous distinguons toutefois deux cas dans lesquels le rôle de décideur et prescripteur des médecins généralistes est remis en cause, avec les sages-femmes (2) et avec les infirmiers (3) : dans les deux cas, il arrive en effet que les activités de ces professionnels empiètent sur la juridiction médicale. Nous ne constatons toutefois pas non plus de conflits dans ces situations, car médecins généralistes, sages-femmes et infirmiers restent engagés dans des relations d'interdépendance.

1) Délégations volontaires aux professionnels paramédicaux : relations de dépendance et absence de conflits

L'exercice en MSP est venu le plus souvent systématiser des pratiques de prescription qui régissent depuis toujours l'organisation du travail de soins entre professionnels médicaux et paramédicaux, du fait des compétences qui leur sont légalement attribuées par le Code de la santé publique. Toutefois, pour certains types de soins (notamment de pédicurie, de diététique, de psychologie[1]) les médecins généralistes ont développé de nouvelles habitudes de délégations depuis l'installation en MSP. Par ailleurs, les médecins témoignent de leur volonté de déléguer plus de tâches encore aux professionnels paramédicaux, notamment le suivi des pathologies chroniques aux infirmiers. Nous montrons que ces pratiques de division du travail, qu'elles

[1] Nous considérons également les psychologues dans cette sous-section, bien que ne faisant pas partie des professions paramédicales encadrées par le Code de la santé publique, car nous avons constaté de nouvelles habitudes d'adressage médical à ces professionnels qui s'apparentent aux relations de prescriptions aux professionnels paramédicaux.

fassent l'objet de prescriptions ou de simples recommandations, qu'elles soient nouvelles ou établies de longue date, ne font pas l'objet de conflits entre médecins et professionnels paramédicaux au sein de la MSP car elles ne remettent pas en cause leurs territoires professionnels et qu'elles s'inscrivent dans des relations de dépendance stabilisées.

Des médecins généralistes qui prescrivent (ou recommandent) des soins, des professionnels paramédicaux qui les exécutent

Concernant les soins des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes, qui requièrent des prescriptions médicales, les professionnels interrogés ne témoignent pas spontanément d'un changement des pratiques : l'exercice regroupé et coordonné en MSP est venu systématiser des habitudes de prescriptions existantes et qui correspondaient d'ailleurs déjà à un niveau de pleine activité pour les professionnels paramédicaux, qui témoignent de plannings de rendez-vous remplis. Certains des professionnels paramédicaux dont l'installation en MSP coïncide avec le démarrage de leur activité libérale[1] précisent cependant que le regroupement avec des médecins a participé à leur choix d'installation : ils espéraient obtenir rapidement plus de prescriptions médicales du fait de la proximité avec des médecins, ce qui s'est avéré être le cas puisque leur activité a immédiatement crû après leur installation et rapidement atteint un niveau de pleine activité. Il n'est toutefois pas possible de savoir si ces professionnelles auraient une activité moindre s'ils avaient fait le choix de s'installer en dehors de la MSP, puisque leurs confrères qui exerçaient déjà avant l'installation en MSP témoignent d'un niveau d'activité stable avant et après leur arrivée dans la structure. L'absence de concurrence entre paramédicaux, du fait d'une importante demande de soins de la population, explique selon nous cette absence de tensions autour des prescriptions médicales.

De nouvelles habitudes de délégations médicales émergent toutefois vers les pédicures-podologues, les diététiciens et les psychologues : ces professionnels témoignent que les médecins généralistes leur adressent plus de patients depuis l'installation en MSP.

[1] Pour plusieurs professionnels paramédicaux, l'installation dans la MSP correspond en effet à leur première installation dans le secteur libéral.

Considérons d'abord les pédicures-podologues, présents dans les MSP 4, 5 et 6. Comme nous l'avons déjà expliqué, une partie seulement de leurs soins requière l'établissement de prescriptions médicales : il s'agit des soins de prévention sur les pieds des patients diabétiques, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Avant de prescrire ces soins, les médecins doivent réaliser un test permettant de diagnostiquer le risque d'ulcération chez ces patients, appelé test de sensibilité du pied par mono-filament. Mais plusieurs pédicures-podologues regrettaient en entretiens que les médecins soient peu nombreux à réaliser ce test et, par conséquent, à prescrire des soins de pédicurie aux patients diabétiques à risque :

> Enquêtrice : *« Et les patients diabétiques, vous en voyez beaucoup ? »*
>
> Interviewé : *« Pas énormément.* ***Le problème c'est que l'orientation doit être faite par les médecins parce que c'est eux qui sont responsables des prescriptions*** *pour ces patients. Sauf que pour intégrer une personne diabétique, il faut qu'il ait une neuropathie diabétique*[1] *au niveau du pied.* ***Mais le test, ils le font pas les médecins****. Donc ils ne détectent pas toujours les diabétiques qui ont une neuropathie et qui ne sentent pas la douleur au pied. Et donc ils ne nous les adressent pas souvent. »*
>
> Enquêtrice : *« Mais comment vous l'expliquez ? »*
>
> Interviewé : *« Bah, disons que le pied, c'est la cinquième roue du carrosse, au niveau du diabète. Ça n'intéresse pas les médecins qui regardent surtout la glycémie et qui ne pensent pas à faire le test. »* (Pédicure-podologue, MSP 4).

Au moment de notre première visite dans cette MSP, un protocole « *pied diabétique* » venait d'être élaboré par ce pédicure-podologue et un médecin généraliste de la structure, semble-t-il plus averti sur ce sujet que ses confrères. Ce protocole avait précisément pour objet de sensibiliser les autres médecins à l'utilisation du test de sensibilité du pied. Lors de notre deuxième passage, médecins et pédicures-podologues témoignaient d'une augmentation du nombre de test de sensibilité réalisés par les médecins, ainsi que d'une augmentation des prescriptions de soins de pédicurie.

L'essentiel de l'activité des pédicures-podologues réside toutefois dans les soins de pédicurie courants (panaris, cors, etc.) et la confection de semelles orthopédiques, qui ne requièrent pas de prescriptions médicales. Comme pour les soins de prévention auprès des patients diabétiques, les pédicures-podologues regrettent que les médecins généralistes ne conseillent pas à leurs patients de les consulter pour des soins de ce type (notons toutefois que, tout en regrettant que les médecins leur adressent peu de patients, les pédicures-podologues affichent des plannings de consultations pleins, comme les autres professionnels paramédicaux

[1] La neuropathie est une des complications du diabète.

d'ailleurs). Ainsi nous ont-ils rapporté plusieurs cas de médecins adressant leurs patients à la pharmacie ou à l'hôpital pour le traitement de panaris ou de cors, qui relève de leurs compétences propres. D'après les pédicures-podologues, ce n'est finalement pas tant sur les conseils des médecins généralistes mais de leurs proches que les patients prennent rendez-vous chez eux, comme le souligne ce même professionnel :

> Interviewé : « *Moi, une de mes motivations, c'était de travailler plus en commun avec les médecins notamment. Pour faire connaître un peu plus notre profession.* »
>
> Enquêtrice : « *Pourquoi, parce que c'est une profession peu connue ?* »
>
> Interviewé : « *Disons que* ***les médecins ont peu d'intérêt pour la podologie****. Ils n'étudient pas le pied dans leurs études.* »
>
> Enquêtrice : « *D'accord. Je comprends. Et maintenant qu'ils vous connaissent mieux ?* »
>
> Interviewé : « *Bah,* ***je pensais qu'il y aurait plus d'orientations immédiates des médecins. Mais je pense qu'ils ont du mal à changer leurs habitudes de travail. Ils orientent plus facilement à la pharmacie****. Pas que j'aie besoin de plus de patients, j'ai déjà beaucoup de monde, c'est pas ça. C'est plus qu'***ils orientent quand ça relève vraiment de ce qu'on fait nous, et pas le pharmacien***. Et ça, ça me gêne.* »
>
> Enquêtrice : « *D'accord, donc pour des choses qui relèvent de ce que vous pouvez faire, ils orientent vers la pharmacie ?* »
>
> Interviewé : « *Oui, j'ai le cas tous les jours.* »
>
> Enquêtrice : « *D'accord. Vous pourriez m'expliquer un cas, peut-être ? Parce que je connais pas bien...* »
>
> Interviewé : « *Oui oui. Encore hier,* ***j'ai reçu un monsieur, qui est allé chez le médecin parce qu'il avait mal à un ongle. On lui a donné un vernis antifongique à la pharmacie. Mais il avait un cor sous l'ongle en fait. Donc il pouvait mettre le vernis pendant longtemps… Il a fallu que ce soit sa femme qui lui dise de venir me voir****. Et en fait, c'est bien souvent comme ça que ça se passe : c'est la dame qui dit à son mari de venir nous voir, ou inversement hein, parce que, elle, elle nous connaît.* » (Pédicure-podologue, MSP 4)

Dans la MSP 6, pour inciter les médecins généralistes de la MSP à lui adresser des patients, le pédicure-podologue a choisi de les informer lui-même des soins qu'il propose : il a présenté un document en réunion de concertation pluriprofessionnelle, rappelant ses compétences et les soins qu'il réalise pour traiter certaines lésions et éviter des actes chirurgicaux. Depuis, les médecins de la MSP, qui reconnaissaient adresser auparavant leurs patients à l'hôpital ou pratiquer (pour certains) des petits actes chirurgicaux dans leur cabinet, conseillent à leurs patients de prendre rendez-vous avec un pédicure-podologue et les informe qu'un professionnel est présent dans la structure.

Les pédicures-podologues interviewés n'interprètent pas le nombre limité de prescriptions ou d'adressages médicaux comme une marque de la volonté des médecins généralistes de garder le contrôle sur ce domaine de tâches ; il se plaignent au contraire d'un manque d'intérêt des médecins pour les soins du pied. À la lecture du dernier extrait d'entretien

ci-dessus, qui trouve des échos dans des échanges que nous avons eus avec d'autres professionnels, nous avançons deux explications à cette situation : premièrement, les médecins généralistes semblent avoir des difficultés à faire évoluer leurs habitudes d'adressage (notamment vers la pharmacie ou l'hôpital) ; deuxièmement, leur manque de connaissance des compétentes et des pratiques des pédicures-podologues (soit une forme de « *distance cognitive* ») semble avoir été un frein à l'adressage vers ces professionnels.

Concernant les diététiciens (présents dans les MSP 1, 5 et 6) et les psychologues (chaque MSP du panel compte un psychologue dans son équipe), les médecins disent en entretien qu'ils recommandent plus souvent à leurs patients de consulter ce type de professionnels depuis qu'ils sont installés en MSP (ils soulignent toutefois que cet adressage ne garantit pas que les patients aillent consulter, notamment les psychologues dont les soins ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie). Interrogés sur les raisons de ce changement d'habitude, ils expliquent qu'avant l'ouverture de la MSP, ces professions étaient souvent absentes du territoire ce qui rendait l'adressage plus difficile. Ils reconnaissent également qu'ils identifient aujourd'hui davantage leurs compétences et les soins qu'ils proposent. Enfin, des médecins généralistes estiment que le fait que ces professionnels soient présents au sein de la même structure aide à faire tomber une barrière psychologique chez certains patients, qui éprouveraient une forme de honte à aller consulter ce type de professionnels.

> *« À mes patients qui sont en surpoids, je leur dis d'aller voir le diététicien.* ***C'est plus facile pour eux, il est à côté****. Je leur dis : « Tiens passez le voir en sortant ! ». Comme ça, ils n'ont pas le temps de réfléchir.* ***Car aller consulter pour un problème de surpoids, c'est souvent difficile, certains bloquent un peu.*** *»* (Médecin généraliste, MSP 4)

*

> *« C'est super d'avoir un psychologue avec nous. Je crois que* ***c'est plus facile pour les patients*** *de profiter de leur consultation ici pour* ***se lancer et prendre rendez-vous*** *avec lui. »* (Médecin généraliste, MSP 2)

Comme pour les autres professionnels paramédicaux considérés précédemment, nous n'avons pas constaté de volonté de la part des médecins généralistes de préempter les domaines de tâches de ces professionnels. S'ils précisent que leur rôle de généralistes les place dans une position d'écoute des souffrances psychologiques des patients ou les amène à formuler des conseils nutritionnels, ils se disent satisfaits de pouvoir déléguer ce type d'activités à d'autres professionnels spécialisés sur ces questions.

À ce stade, nous constatons donc que la division du travail en MSP reproduit en grande partie les pratiques de prescriptions médicales qui préexistaient à l'exercice regroupé et coordonné, enrichies toutefois de nouvelles habitudes d'adressage favorisées par la plus grande « *proximité cognitive* » (soit la connaissance mutuelle des compétences et des pratiques entre professionnels) ainsi que la nouvelle proximité géographique. Les médecins généralistes témoignent par ailleurs de leur volonté de pouvoir déléguer davantage de tâches aux professionnels paramédicaux, notamment le suivi des pathologies chroniques que nous considérons ci-dessous.

Délégations dérogatoires aux infirmiers du suivi des pathologies chroniques : un nouveau territoire infirmier cédé par les médecins généralistes

> « *En fait, on était très pressés que ça fonctionne, parce qu'***on était à bout, les médecins***. On n'était* **pas assez nombreux** *et il allait y avoir plein de départs à la retraite en plus. Donc on avait déjà fait des groupes de travail pour écrire des protocoles sur les choses qui nous intéressaient et surtout qui nous auraient fait* **gagner du temps***. Avec* **l'objectif de la délégation de tâches aux infirmiers, aux kinés, aux pharmaciens***. Les AVK, l'HTA, la bronchiolite et la pédiatrie. Parce qu'on avait des infirmiers formés à la puériculture ici. Et c'était vraiment le truc qui nous tenait à cœur parce que y'a plus de pédiatres ici, que ça nous prend du temps à nous, les médecins, alors que* **certaines consultations pourraient être largement faites par des infirmiers***. Quand je vois un bébé de 15 jours parce qu'il n'a pas pris assez de poids, un infirmier il sait faire ça, hein.* » (Médecin généraliste, MSP 3)

Les médecins sont nombreux à témoigner de leur souhait de pouvoir déléguer de nouvelles tâches aux professionnels paramédicaux ainsi qu'aux pharmaciens, à l'instar de ce médecin généraliste. Prévention, dépistage, vaccination, suivi des pathologies chroniques stabilisées, etc., autant d'activités qui font partie des missions des médecins généralistes de premier recours définies dans la loi HPST (article 36) mais pour lesquelles les médecins des MSP estiment manquer de temps (notamment dans un contexte de déficit de l'offre médicale sur leurs territoires) et qu'ils aimeraient pouvoir déléguer à d'autres professionnels. Or ces délégations ne sont pour la plupart pas légalement permises, en vertu des compétences définies par le Code de la santé publique. Des dérogations sont toutefois possibles, notamment à travers les protocoles de soins pluriprofessionnels prévus à l'article 51 de la loi HPST mais aussi un dispositif permettant plus spécifiquement le suivi des pathologies chroniques par des infirmiers, appelé Asalée. Introduit en 2004, Asalée a pour objectif d'améliorer la prise en charge de certaines maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, broncho-pneumopathie chronique obstructive et troubles cognitifs) en permettant à des infirmiers de

s'investir sur de nouvelles activités de prévention, d'éducation thérapeutique et d'organisation des parcours des patients touchés par ces pathologies. Ce dispositif prévoit que les médecins puissent déléguer de manière dérogatoire certains actes qui relèvent formellement de leurs compétences (électrocardiogrammes, spirométries[1], examens du pied diabétique, tests de mémoire et prescription d'examens biologiques). Ces délégations, qui doivent faire l'objet de protocoles validés par la HAS et l'ARS, sont qualifiées de dérogatoires dans la mesure où ces compétences ne sont pas reconnues aux infirmiers par le Code de la santé publique et que les infirmiers Asalée doivent donc obtenir une autorisation spéciale de l'ARS pour les réaliser. Deux MSP de notre panel ont mis en place le dispositif Asalée, la MSP 2 et la MSP 4. Nous proposons d'analyser les effets de ce dispositif, et des délégations dérogatoires qu'il permet, sur la division du travail entre médecins et infirmiers dans ces deux structures et sur les relations de pouvoir qui la sous-tendent.

La MSP 2 compte un infirmier Asalée à temps plein sur cette activité et la MSP 4 trois infirmiers, dont un à temps plein et deux à 20% (ces deux derniers ont maintenu une activité libérale de soins en parallèle de leur activité Asalée). Si l'infirmier Asalée de la MSP 2 ne réalisait pas encore d'actes dérogatoires au moment de notre enquête (il proposait cependant des séances d'éducation thérapeutique, notamment pour les personnes diabétiques ou en surpoids), les trois professionnels de la MSP 4 ont obtenu les dérogations légales pour réaliser des examens biologiques (notamment des prises de sang), des examens du pied diabétique, des tests de mémoire pour les personnes âgées ainsi que des spirométries. L'un d'eux soulignait par ailleurs la « *souplesse*[2] » du dispositif pour développer de nouvelles activités alors qu'un autre le comparait à une « *pépinière pleine d'idées*[3] ». Pour illustration, un médecin et un infirmier Asalée de cette structure ont profité du dispositif pour élaborer un protocole sur le repérage et la coordination autour des patients dits « *fragiles* ». Ce protocole, transmis à l'ensemble des professionnels de la MSP, propose une méthode de repérage des patients considérés comme fragiles, c'est à dire dont l'état de santé est susceptible de se dégrader, l'objectif étant notamment d'éviter les hospitalisations et la perte d'autonomie. Le protocole liste les signes d'une potentielle dégradation de l'état du patient (chute, difficultés inhabituelles à se déplacer,

[1] Test permettant d'évaluer la capacité respiratoire.

[2] Entretien avec l'infirmier Asalée n°2 de la MSP 4 (pour un souci de clarté, nous distinguons les trois infirmiers Asalée de la MSP 4, celui à temps plein étant identifié n°1 et les deux autres n°2 et 3).

[3] Entretiens avec l'infirmier Asalée n°3 de la MSP 4.

amaigrissement, esprit confus, mauvaise observance des traitements, etc.) et prévoit que le professionnel qui constate un risque contacte l'infirmier Asalée responsable de ce protocole. Ce professionnel est alors chargé d'aller voir le patient à son domicile et de créer un dossier de coordination, rassemblant toutes les informations nécessaires (identité du patient, situation professionnelle, sociale et familiale, traitements, historique des pathologies, aides sociales éventuellement perçues, etc.). En cas d'événement particulier ou de dégradation de l'état du patient, l'infirmier peut organiser de manière autonome une réunion de concertation, à laquelle sont conviés tous les professionnels impliqués dans la prise en charge ainsi que le patient et ses proches. Ce protocole reconnaît ainsi à cet infirmier un rôle autonome de repérage et d'organisation du parcours des patients dits fragiles.

Les motivations des médecins et infirmiers des MSP 2 et 4 à s'investir dans le dispositif Asalée confirment les observations déjà formulées par les chercheurs de l'Irdes (Afrite, Franc et Mousquès, 2019 ; Fournier, 2015 ; Fournier, Bourgeois et Naiditch, 2018). Ceux-ci ont en effet mis en évidence un intérêt partagé pour le travail pluriprofessionnel et l'approche préventive et éducative des patients ainsi qu'un souci commun d'améliorer la qualité des prises en charge. Ils constatent par ailleurs que médecins et infirmiers trouvent un intérêt propre dans le dispositif : les médecins considèrent les nouvelles délégations dérogatoires comme le moyen de gagner du temps et de se recentrer sur les dimensions cliniques de leur métier, alors que les infirmiers voient dans ces dérogations un moyen de faire évoluer leur métier par la reconnaissance de nouvelles compétences et de développer le travail en équipe avec les médecins. Nous retrouvons bien les mêmes motivations chez les professionnels de notre échantillon. Du côté des médecins, les nouvelles délégations permises par Asalée sont considérées non seulement comme un moyen d'améliorer les prises en charge des patients mais aussi de dégager du temps médical pour se concentrer sur d'autres dimensions de leur exercice :

> *« Asalée, **c'est vraiment un plus pour nous**. Il voit tous les diabétiques, les hypertendus, les personnes en surpoids… et **nous on peut se concentrer sur le reste**. »* (Médecin généraliste, MSP 2)

*

> *« Ici un de nos infirmiers Asalée fait de la médiation. Ou de la coordination si vous voulez. C'est-à-dire l'interface entre les patients, les soignants, le médico-social, le social pour mieux accompagner notamment les patients fragiles. **C'est une vraie valeur ajoutée pour le patient. Et pour nous. Car ce sont des tâches qui prennent beaucoup de temps** et qui sont pourtant essentielles pour le suivi du patient. »* (Médecin généraliste, MSP 4)

De leur côté, les infirmiers témoignent également d'une volonté d'améliorer la qualité des prises en charge pour les patients, mais aussi d'évoluer professionnellement. Le professionnel de la MSP 2 est le seul à être devenu infirmier Asalée « *un peu par hasard*[1] », en découvrant une annonce postée par la MSP sur Pôle Emploi alors qu'il cherchait un nouvel emploi après avoir été infirmier dans un ESAT (Établissement et Services d'Aide par le Travail[2]). Dans la MSP 4, l'investissement des trois infirmiers dans le dispositif Asalée relève au contraire d'une volonté d'évolution professionnelle. Pour deux d'entre eux, il s'agit d'enrichir leur activité libérale par de nouvelles activités qu'ils n'étaient jusque-là pas autorisés à réaliser et, pour le troisième qui est à temps plein sur cette fonction, il s'agit du premier pas d'une évolution professionnelle plus globale, qu'il souhaite poursuivre par d'autres formations (il a par ailleurs obtenu un diplôme universitaire en coordination des parcours de soins et souhaitait se former à la pratique avancée[3] au moment de notre visite). Ces infirmiers soulignent également leur volonté de développer la coopération et des relations plus égalitaires avec les médecins. Cet entretien illustre bien ces différentes attentes :

> Enquêtrice : *« Et pourquoi avez-vous voulu vous lancer dans Asalée ? »*
>
> Interviewé : *« Je suis allé voir des infirmières Asalée déjà installées pour voir. Et je me suis dit que ça pouvait être intéressant, **ça pouvait être complémentaire à mon activité** libérale. Pas complémentaire financièrement, je m'attendais pas à… Enfin on gagne plus en libéral de toute façon, car on peut voir autant de patient qu'on veut, travailler tous les jours si on veut. Mais je veux dire **complémentaire par rapport à la prise en charge de la personne, la façon d'aborder la personne, le temps qu'on accorde à la personne**. Et je trouvais vraiment que c'était complémentaire et que ça allait m'apporter, d'un point de vue personnel et professionnel. **Que ça allait m'apporter une autre façon de voir les choses. Et que j'allais pouvoir faire de nouvelles choses aussi**. Des consultations d'éducation thérapeutique, sur les gens qui sont diabétiques, les gens à risques cardio-vasculaires, des dépistages pour les personnes qui ont des troubles de la mémoire, des spirométries dans le but de faire des sevrages tabagiques. Plein de choses. Enfin voilà. »*
>
> Enquêtrice : *« Ok. Et du côté des médecins, comment se passe votre collaboration sur ces actes-là ? Comment ça s'organise ? »*
>
> Interviewé : *« Bah très bien. **On collabore, autour du patient. Ils ont besoin de nous et on a besoin d'eux. C'est dans les deux sens.** Moi ça m'arrive de dire : « Non, je ne suis pas d'accord ». Régulièrement même. On en discute et puis on décide ensemble de ce qu'on met en place pour le patient. Voilà. Sans nous, il leur manque quelque chose et puis nous pareil. **Tout le monde a à y gagner** je pense.* » (Infirmier Asalée n°2, MSP 4)

[1] Entretien avec l'infirmier Asalée de la MSP 2.

[2] Les ESAT sont des établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap, qui visent à leur insertion sociale et professionnelle par le travail.

[3] Nous renvoyons à l'encadré 2 du chapitre 5 pour la présentation du dispositif de la pratique avancée.

Un entretien avec un autre infirmier Asalée de cette structure révèle toutefois un certain tiraillement entre, d'un côté, cette revendication d'autonomie et d'enrichissement des compétences professionnelles et, de l'autre, une position de professionnel « *exécutant* », qui demeure dépendant des prescriptions médicales et ne peut contourner une certaine forme de « *hiérarchie* » professionnelle :

> « ***Alors bien-sûr, on agit toujours sur prescription, c'est incontournable. Le médecin prescrit et on exécute****. Alors toujours avec vigilance hein, parce que* ***le médecin n'est pas infaillible****. A l'hôpital on signalait parfois des incohérences dans les traitements parce qu'on avait une vision peut-être plus globale. C'est pareil ici. Mais attention,* ***c'est pas non plus pour fuir la hiérarchie****. Et puis, enfin bon, je trouve que les relations sont quand même plus simples avec les médecins ici qu'à l'hôpital. J'ai eu du mal à les tutoyer au départ, mais maintenant on se tutoie, on se parle, on ose se dire les choses. »* (Infirmier Asalée n°3, MSP 4)

L'enrichissement du périmètre de tâches des infirmiers Asalée n'est finalement possible que si les médecins leur reconnaissent les compétences requises et sont eux-mêmes volontaires pour leurs déléguer ces activités qui relèvent de leurs prérogatives médicales : la mise en place d'Asalée en MSP (et plus généralement dans toute structures de soins en ville) est en effet conditionnée par la présence d'au moins un médecin généraliste adhérent au dispositif. Dans les deux MSP de notre panel, le fait que les médecins généralistes soient à l'initiative du dispositif semble en l'occurrence déterminant pour sa mise en œuvre, comme le soulignent les infirmiers :

> *« Donc voilà, moi,* ***le fait d'être ici, avec cinq médecins super motivés, dont un médecin porteur, qui connaissait le dispositif Asalée depuis sa création, qui voulait un infirmier Asalée depuis toujours…*** *Ils en avaient déjà parlé aux patients avant que j'arrive, donc ça s'est très vite fait. Et là, au bout de deux ans, je suis à 90% de mon activité. J'ai commencé à 32%. Donc ça fonctionne très très bien. Après,* ***je travaille avec les cinq médecins, ça se passe très bien au niveau relationnel****. Je peux aussi travailler en collaboration avec le psychologue, qui lui aussi m'envoie des patients, avec les kinés qui m'envoient aussi des patients. Disons que le médecin dit : « Ce serait bien d'aller voir l'infirmier Asalée », le psychologue en remet une couche, le kiné aussi. »* (Infirmier Asalée, MSP 2)
>
> *
>
> *« Alors ici,* ***j'ai la chance d'avoir des médecins très ouverts, qui sont toujours dans le… Ils sont sans arrêt en train de se former, dans la réflexion... Donc moi, je fais des actes dérogatoires, y'a pas de souci.*** *»* (Infirmier Asalée n°1, MSP 4)
>
> *
>
> *« Alors moi, je suis chez Asalée, ça fait 5 ans je crois. Par l'intermédiaire des médecins d'ici, on a des gens d'Asalée qui sont venus nous expliquer ce qu'ils faisaient. Et* ***les médecins étaient vraiment intéressés pour avoir un infirmier Asalée. Ils se sont vraiment investis.*** *»* (Infirmier Asalée n°2, MSP 4)

Ces médecins des MSP 2 et 4, considérés comme « *ouverts* », « *motivés* » et « *investis* » par les infirmiers Asalée, se sont en effet montré ouverts à la réflexion autour de l'évolution de la profession infirmière au cours de nos entretiens : ils ont spontanément souligné des compétences que les infirmiers avaient déjà et qui méritaient selon eux d'être légalement reconnues (notamment le suivi des plaies et l'adaptation de certains traitements) et ont également évoqué d'autres activités qu'ils estimaient comme pouvant relever de leurs prérogatives à terme (notamment le suivi des pathologies chroniques et de certaines pathologies aiguës courantes, comme l'illustre l'extrait d'entretien ci-dessous). Nous notons que ces médecins des MSP 2 et 4 particulièrement ouverts à l'évolution de la profession infirmière font partie des médecins porteurs de MSP, que nous avons identifiés dans le chapitre 4, qui défendent une conception égalitaire de l'organisation des soins. Nous citons, pour exemple, l'un des médecins porteurs de la MSP 4 qui évoque les nouvelles compétences qui devraient selon lui être reconnues aux infirmiers :

> Interviewé : *« Moi,* ***je suis persuadé que c'est les infirmiers qui doivent monter en puissance.*** *Pourquoi ils veulent devenir Asalée ? Parce qu'ils voient déjà leur métier autrement.* ***Mais faudrait aller plus loin, faudrait qu'ils soient plus cliniciens****. Moi je pense que voilà, Bac+10, ok, c'est bien, mais faut qu'on travaille beaucoup plus avec les infirmiers. Moi je suis sûre que nos enfants vont connaître autre chose. »*
>
> Enquêtrice : *« Donc l'évolution… »*
>
> Interviewé : *« C'est ça. On aura un travail avec des infirmiers cliniciens,* ***une complémentarité dans la prise en charge, une nouvelle répartition****. Les ulcères* [de jambe, ou variqueux] *c'est fini, moi je m'en occupe plus. On fait des prescriptions et c'est les infirmiers qui s'en occupent. Ça y est. Les INR*[1]*, c'est eux qui gèrent ça.* ***Et moi je pense que très bientôt, les rhinopharyngites, les angines, c'est eux qui vont gérer ça aussi. C'est pas leur job de tous les jours, mais ils savent faire****.* ***Nous, on pourrait être là en expertise peut-être****. La gestion des diabétiques ils le font très bien aussi, ils leur apprennent à se traiter, à se piquer, à s'équilibrer. Donc ils peuvent très bien faire du suivi de diabétiques et nous,* ***on aura peut-être une valeur ajoutée sur la vue d'ensemble*** *ou autre chose. »*
>
> Enquêtrice : *« Alors là, on touche à des choses ancrées depuis longtemps dans les prérogatives des professionnels. Est-ce que vous pensez que les mentalités… »*
>
> Interviewé : *« Moi, ça me choque pas. Alors après, comment ça va se faire, est-ce que les anciens infirmiers vont se former, je ne sais pas.* » (Médecin généraliste, MSP 4)

Enfin, soulignons que si légalement tout infirmier qui le souhaite peut se former pour entrer dans le dispositif Asalée, seule une minorité des professionnels de notre échantillon a fait ce choix : dans la MSP 4, alors qu'Asalée avait été présenté à tous les infirmiers de la structure,

[1] Voir le protocole AVK.

seules trois d'entre eux se sont montrés intéressés ; quant à la MSP 2, les médecins de cette structure ont dû avoir recours aux annonces de Pôle Emploi pour recruter un professionnel intéressé.

Quelles conclusions tirer de ces observations dans les MSP 2 et 4 quant à la reconfiguration des territoires professionnels entre médecins et infirmiers Asalée et aux dynamiques relationnelles qui les accompagnent ? Nous formulons deux propositions. La première est que les activités de prévention, d'éducation thérapeutique et de suivi des pathologies chroniques représentent bien un nouveau territoire professionnel à préempter pour les infirmiers qui le souhaitent et l'occasion d'enrichir les compétences qui leurs sont légalement attribuées. Mais cet enrichissement du territoire professionnel des infirmiers n'est possible qu'avec l'assentiment des médecins généralistes, qui doivent légalement consentir à la délégation de ces activités qui font légalement parties de leurs prérogatives : les délégations dérogatoires d'actes médicaux qu'Asalée permet ne peuvent en effet être réalisées qu'à condition qu'un médecin soit lui-même investi dans le dispositif. Nous sommes donc de nouveau dans une logique de dépendance des infirmiers vis-à-vis des délégations médicales, qui s'apparente aux relations de prescriptions classiques que nous avons considérées dans le paragraphe précédent : ce ne sont ainsi pas les modalités de division des tâches entre médecins et infirmiers qui changent avec Asalée, mais la nature des tâches déléguées.

Notre deuxième proposition est que cette reconfiguration des territoires professionnels ne s'accompagne pas de confits au sein des MSP car les différents professionnels y trouvent leurs intérêts : d'un côté, les médecins généralistes souhaitent se défaire de ces activités de prévention et d'éducation thérapeutique et il existe donc une place à prendre pour des professionnels qui veulent s'y investir ; de l'autre, les infirmiers qui se dédient à ces activités y voient une opportunité d'évolution professionnelle. Une question demeure toutefois sur les effets de cet enrichissement des prérogatives infirmières sur la profession infirmière elle-même. Les entretiens que nous avons menés avec les infirmiers et médecins généralistes investis dans Asalée nous amènent à faire l'hypothèse que les nouvelles compétences reconnues aux infirmiers Asalée pourraient induire une forme de segmentation ou de stratification au sein de la profession. L'un des infirmiers Asalée de la MSP 4 insistait d'ailleurs en entretien sur les nouvelles prérogatives que les autres infirmières n'avaient pas, ainsi que les relations

aujourd'hui plus égalitaires avec les médecins généralistes, dont ses confrères ne pouvaient semble-t-il pas se targuer :

> *« Et puis, avec ce transfert de compétences, on peut prescrire des examens biologiques, par dérogation. Donc du coup,* ***avec Asalée, on a quand même des prérogatives que les autres infirmiers n'ont pas. On est plus dans l'échange avec les médecins****. Enfin moi, je ne sens pas la mainmise des médecins sur les infirmiers en tout cas. »* (Infirmier Asalée n°3, MSP 4)

Deux médecins de cette MSP faisaient eux-mêmes une distinction : l'un d'eux considérait les infirmiers Asalée comme ses « *égaux* » contrairement aux autres infirmiers qui seraient dans une position davantage subordonnée ; un autre reconnaissait chez ces infirmiers une « *vision* » des soins et de la profession qu'il ne trouvait pas chez les autres :

> *«* ***Les infirmiers, il y en a deux types****. Il y a l'infirmier investi dans la maison de santé, dans les projets d'éducation thérapeutique par exemple, avec Asalée, où là, je trouve qu'****il y a vraiment un pied d'égalité****. C'est à dire* ***que pour moi, un infirmier qui fait de l'éducation thérapeutique, qui fait de la coordination de patients fragiles, pour moi c'est mon égal****, c'est évident.* ***Mais y'a encore des infirmiers, et à mon avis c'est leur choix, d'être encore… pas subordonnés, parce que c'est péjoratif mais voilà, d'être prestataires, dépendants des ordonnances du médecins****. Et c'est rassurant parce qu'en fait, finalement, ils sont pas en première ligne,* ***ils exécutent des consignes de médecins et suivent leurs prescriptions. Attention, ils prennent toujours des initiatives, parce qu'on a que de bons infirmiers ici****. C'est à dire que s'il faut changer le type de pansement, s'il faut faire un soin différent, ils peuvent solliciter le médecin pour confirmer leur ressenti et ils le font. Mais pour moi voilà, il y a deux types d'infirmiers.* ***Certains sont vraiment leaders de leur profession, et moi je me dis que ce sont mes égaux, voire qu'ils me tirent vers le haut****, et puis y'a ceux qui suivent, qui disent : « Voilà, je fais mon travail, ça fait 20 ans que je fais comme ça je vais pas changer maintenant. » ».* (Médecin généraliste, MSP 4)

*

> *« Je pense que* ***les infirmiers Asalée, ils ont une vision du futur, de leur profession. Les infirmiers de soins, euh… je ne sais pas.*** *Il y a, entre nous, un respect et une confiance certaine. Donc c'est déjà des valeurs sur lesquelles on peut construire. Mais ce n'est pas la même chose. »* (Médecin généraliste, MSP 4)

Pour résumer, la division du travail entre médecins et infirmiers Asalée continue de s'inscrire dans une relation de dépendance déséquilibrée : l'évolution du territoire professionnel des infirmiers, du fait du gain de certaines prérogatives médicales en matière de prévention, d'éducation thérapeutique et de suivi des pathologies chroniques, dépend de la volonté des médecins de procéder à ces délégations dérogatoires.

Relations de dépendance et absence de conflits

Cette analyse de la division du travail entre médecins généralistes et professionnels paramédicaux des MSP et psychologues, qu'elle relève de prescriptions médicales classiques, de délégations dérogatoires ou de nouvelles habitudes d'adressage, nous amène à deux trois propositions pour expliquer l'absence de conflits qui accompagne la division du travail entre médecins généralistes qui décident et prescrivent les soins et professionnels qui les exécutent.

Premièrement, les délégations médicales qui sous-tendent depuis toujours les relations de prescriptions entre professionnels médicaux et paramédicaux sont reproduites en MSP : le regroupement en MSP vient le plus souvent systématiser des liens et des habitudes stabilisés de longue date et ainsi reproduire une division du travail existante, comme François-Xavier Schweyer l'observait déjà dans le cas des réseaux de santé (Schweyer, 2005). Cela n'empêche toutefois pas l'émergence de nouvelles habitudes d'adressage : les médecins conseillent en effet plus souvent qu'avant à leurs patients d'aller consulter certains professionnels, notamment les pédicures-podologues, les diététiciens et les psychologues. Ces nouvelles habitudes sont motivées par une meilleure connaissance des compétences et des soins proposés par ces professionnels (que l'on a considérée dans la première section de ce chapitre comme une nouvelle forme de « *proximité cognitive* » (Boschma, 2005 ; Fournier, Frattini et Naiditch, 2014a, 2014b)), mais aussi par une nouvelle proximité géographique qui facilite le recours des patients eux-mêmes à ces professionnels.

Deuxièmement, professionnels médicaux et non-médicaux ont un avis positif sur ces pratiques (anciennes ou nouvelles) de division du travail. Du côté des médecins généralistes, nous identifions deux raisons principales présidant à la volonté des médecins de déléguer des tâches aux autres professionnels. La première est le manque de temps : les plannings de consultation pleins, les salles d'attente combles ou les consultations (trop) rapides sont des commentaires qui reviennent presque systématiquement en entretien. La seconde renvoie à leur souhait de se recentrer sur d'autres dimensions de leur exercice et avant tout sur la relation clinique avec les patients, comme l'illustre bien cet extrait d'entretien :

> « *Je pense que* ***c'est la structure, peut-être pas idéale, mais j'ai du mal à imaginer qu'on puisse travailler tout seul dans son coin****. Par exemple,* ***avoir le psychologue avec nous, c'est super confortable****. Quand on a du mal à gérer certaines situations, on peut lui demander des conseils ou lui envoyer un patient. Avec les infirmiers, on le fait pas toujours mais on essaie de suivre ensemble les pansements.* ***Avec les kinés, c'est pareil, on peut demander des avis****, voir si pour tel patient ils peuvent proposer des choses.* ***Et Asalée, c'est vraiment un plus pour nous****. Il voit*

tous les diabétiques, les hypertendus, les personnes en surpoids… et nous on peut se concentrer sur le reste. » (Médecin généraliste, MSP 2)

Du côté des professionnels non-médecins, la délégation est également accueillie positivement, et ce pour deux raisons. La première est que leur activité est dépendante des prescriptions et adressages médicaux et c'est d'ailleurs cette préoccupation qui a motivé le choix initial de certains d'entre eux d'intégrer la MSP. Nous verrons toutefois plus que cette logique de dépendance vis-à-vis des prescriptions médicales n'est pas toujours vérifiée dans le cas des infirmiers. La seconde est que les professionnels non-médecins voient ces délégations comme une reconnaissance de leurs compétences par les médecins généralistes. Cette reconnaissance est toutefois ambivalente du côté des médecins généralistes délégants, dans la mesure où elle peut s'accompagner d'une dévalorisation des compétences reconnues. Nous avons ainsi plusieurs fois entendu des médecins rappeler le niveau d'étude inférieur des professionnels auxquels ils déléguaient, à l'instar d'un médecin généraliste de la MSP 6 qui affirmait en réunion de concertation : « *Est-ce qu'il faut avoir fait 10 ans d'études pour une consultation du nourrisson ? Les infirmiers savent très bien le faire* ». Mais les tâches dévalorisées par certains médecins ne le sont pas pour autant par les professionnels délégués, qui les considèrent comme étant au cœur de leurs pratiques. Ces considérations différentes d'une même tâche, selon que l'on se situe du côté du professionnel délégant ou du professionnel délégué, nous amène finalement à réinterroger la notion de « *sale boulot* » (Hughes, 1996), qui peut être *noble* pour des professionnels qui les placent au cœur de leur métier.

En résumé, les professionnels trouvent de part et d'autre leur intérêt à cette division du travail qui leur permet soit d'adresser des patients, soit de s'« *approvisionner* » en patients en fonction de leurs compétences propres et de leurs exigences. Pour reprendre la lecture d'Henri Bergeron et de Patrick Castel (Bergeron et Castel, 2010) en termes d'appariement des professionnels de santé au cours des prises en charge, médecins généralistes délégants et professionnels délégués peuvent coopérer car ils acceptent mutuellement leurs engagements différents et complémentaires dans les prises en charge, de professionnels « *captants* » (qui décident des stratégies thérapeutiques et assurent le suivi des patients) et de professionnels « *non captants* » (qui acceptent d'intervenir ponctuellement en fonction de leurs compétences spécifiques).

2) Chevauchement des territoires professionnels des médecins généralistes et des sages-femmes : nouvelle division du travail consentie de part et d'autre ou risque de conflits ?

Quatre structures de notre panel comptent des sages-femmes[1] (MSP 1, 3, 4 et 5). En tant que profession médicale, les sages-femmes ont un droit de diagnostic et de prescription et n'interviennent pas sur prescription médicale, contrairement aux professionnels paramédicaux présents en MSP, que nous avons considérés dans la sous-section précédente. Elles assurent de manière autonome le suivi des femmes et des nouveau-nés en bonne santé et ne sont tenues d'adresser leurs patientes vers un médecin généraliste ou spécialiste qu'en cas de situations pathologiques. En dehors de la période de grossesse, les sages-femmes sont également habilitées à assurer le suivi gynécologique de prévention, pratiquer des échographies gynécologiques, prescrire une contraception, prescrire et pratiquer des vaccinations sur les femmes et les nouveau-nés. Elles peuvent également réaliser des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. Les sages-femmes ne sont toutefois pas les seules à avoir ces compétences en MSP, puisque les médecins généralistes peuvent également prescrire et pratiquer ces différents actes. La question est dès lors de savoir comment s'opère la division du travail entre médecins généralistes et sages-femmes sur le terrain et de comprendre les dynamiques de coopération ou de conflit qui l'accompagnent.

Des médecins généralistes désireux de déléguer le suivi gynécologique et obstétrical aux sages-femmes, d'autres qui résistent

Dans les MSP qui comptent des sages-femmes, les médecins généralistes confirment adresser volontairement leurs patientes enceintes à ces professionnelles, pour des actes qu'ils auraient eux-mêmes réalisés auparavant. Ces habitudes d'adressage ne peuvent être taxées de compérage car les sages-femmes des MSP sont à chaque fois les seules représentantes de cette profession sur les territoires de notre étude. Il est donc difficile de savoir si c'est le regroupement en MSP ou simplement l'installation de ces professionnels en ville qui est à l'origine de ces nouvelles habitudes de délégation. Quoi qu'il en soit, nos entretiens avec les médecins généralistes et les sages-femmes de notre échantillon révèlent qu'elles se font

[1] Ces professionnelles étant toutes des femmes dans notre échantillon, nous faisons le choix de garder la dénomination officielle de « *sage-femme* » et d'utiliser le féminin. La masculinisation ne nous semble en effet pas nécessaire ici pour garantir leur anonymat, contrairement aux autres professionnels.

volontairement et sans heurts – sauf exceptions que nous allons considérer. Les sages-femmes interrogées reconnaissent d'ailleurs l'aide des médecins généralistes au moment de leur démarrage d'activité (précisons que l'installation des sages-femmes dans les MSP de notre échantillon correspond à chaque fois au démarrage de leur activité libérale, ces professionnelles ayant exercé auparavant dans des établissements hospitaliers) : les médecins ont adressé leurs patientes enceintes à leurs collègues sages-femmes et, dans la MSP 4, ont même pré-rempli les plannings de consultations des sages-femmes avant qu'elles n'arrivent dans la structure.

> *« H. et C.* [deux médecins généralistes] *ont ouvert nos plannings un mois avant notre installation. Donc nos premières semaines de consult', elles étaient remplies par les médecins. Donc ils nous ont simplifié la vie quoi. Je pense que ça aurait été plus long de constituer une patientèle si j'avais pas eu ces médecins autour.* ***Donc ça nous a apporté de la patientèle au début, ça c'est sûr. Ça nous a donné du crédit****. Parce que la dame, quand le médecin lui dit : « Faut faire votre frottis, vous savez, on a des sages-femmes dans la maison de santé ? Vous pouvez prendre rdv, elles ont des délais de consultation courts et dans 3 semaines vous avez votre rdv… »* ***Ah ça, c'est sûr que ça nous a apporté beaucoup de monde. Donc ils nous ont quand même bien aidées****, tu vois. »* (Sage-femme, MSP 4)

Nous avons toutefois relevé trois cas, isolés dans trois MSP, de médecins généralistes réticents à céder le suivi gynécologique et obstétrical de leurs patients aux sages-femmes libérales. Nous identifions deux raisons à cette réticence : d'une part, ces médecins apprécient ces activités et ne souhaitent pas s'en défaire ; d'autre part, ils n'acceptent pas que les sages-femmes ne les sollicitent que ponctuellement, en cas de pathologie de la femme enceinte, sans qu'ils aient suivi eux-mêmes la grossesse. Un exemple plusieurs fois cité est celui de la demande d'arrêt de travail : les sages-femmes n'étant pas habilitées à faire d'arrêts de travail pour causes pathologiques, elles sont obligées d'adresser les patientes concernées aux médecins. Le cadre d'analyse d'Henri Bergeron et Patrick Castel nous semble de nouveau utile pour expliquer cette position des médecins généralistes : en n'intervenant que ponctuellement sur demande des sages-femmes – souvent d'ailleurs car elles y sont légalement obligées – ils craignent de perdre leur position de « *captants* » dans la prise en charge de ces patientes. Les deux extraits d'entretiens ci-dessous illustrent bien cette réticence de certains médecins à céder certaines de leurs prérogatives aux sages-femmes et à se voir cantonnés à un rôle d'intervenant ponctuel ou de gestionnaire de dossiers de patientes, alors que les sages-femmes assureraient le suivi des patientes au long cours.

> « *Là, en ce moment, les sages-femmes font les suivis de grossesses. Elles peuvent faire les arrêts* [de travail], *mais quand le suivi est pathologique, elles peuvent pas.* ***Donc nous, voilà, on n'a pas suivi la grossesse mais on doit faire le congé pathologiqu****e. Mais on ne sait même pas*

pourquoi, parce qu'on n'a pas suivi la grossesse, voilà. Et nous, en plus, on est surveillés [par l'Assurance Maladie] *sur nos prescriptions d'arrêt de travail. Donc* ***on se sent un peu la dernière roue du carrosse****. »* (Médecin généraliste, MSP 6).

*

« *Mais je pense quand même qu'il y a* ***ce problème de se sentir dépossédé****. Car la délégation de tâches, c'est pas facile à accepter. Même moi,* ***j'ai du mal à comprendre que les sages-femmes surveillent les grossesses et nous renvoient les patientes parce qu'elles ne peuvent pas faire d'arrêts de travail****.* ***Ça nous fait bondir ça. On a envie de leur dire*** [aux patientes] ***: « Écoutez, Madame, faut choisir.*** *On n'est pas bons qu'à des arrêts de travail. » Vous voyez, dans pas mal de domaines,* ***on renvoie vers nous parce que le médecin est pivot****. Mais on nous dit aussi : « Toi, t'as rien à dire, tu signes des papiers. » »*. (Médecin généraliste, MSP 5)

Des sages-femmes qui demeurent dépendantes des médecins généralistes et préfèrent éviter les conflits

Du côté des sages-femmes, nous n'avons pas constaté pour autant de volonté de concurrencer les médecins généralistes sur le contrôle de ce domaine de tâches : dans les cas où les médecins ont souhaité continuer à réaliser le suivi gynécologique et obstétrical, les sages-femmes ont systématiquement accepté de n'intervenir qu'en « *complément* », quand les médecins l'estimaient nécessaire. Cet échange avec la sage-femme de la MSP 4 que nous avons cité précédemment l'illustre : cette professionnelle nous explique que les médecins généralistes de la MSP ont considéré l'arrivée de sa consœur et d'elle-même dans la structure comme un moyen de céder des activités auxquelles ils n'étaient pas particulièrement attachés, exceptée un médecin qui a vu l'arrivée des sages-femmes comme un risque de concurrence :

Interviewée : *«* ***T'as toujours l'impression qu'il faut que tu fasses ta place****, tu vois. »*

Enquêtrice : *« Tu l'as ressenti ici ? »*

Interviewée : *« Ouais. Tu vois, les médecins... Donc on nous a fait écrire un projet, on nous a demandé de faire un topo sur ce qu'une sage-femme pouvait apporter à une maison de santé, ce qu'on faisant pendant les consultations, ce qu'on pouvait proposer aux patientes, etcetera. Alors qu'on ne l'a pas demandé aux infirmiers ou aux médecins, hein...* ***C'est peut-être parce qu'ils ne nous connaissaient pas trop, mais on a senti qu'il fallait montrer patte blanche. Il fallait vendre un peu notre truc quoi.*** *Mais bon, on leur en n'a pas tenu rigueur.* (...) *Et puis, je pense qu'une fois qu'ils nous ont un petit peu connues, ils ont trouvé ça intéressant de nous avoir. P. et M. avaient l'habitude d'envoyer leurs patientes au labo pour les frottis par exemple, donc je pense qu'ils n'y ont pas trouvé beaucoup d'intérêt au départ. Mais maintenant, avec le recul, je pense qu'ils trouvent ça intéressant.* ***Et puis les jeunes médecins, K. et N., ça les intéressait pas de faire de la gynéco*** *et ils nous ont tout de suite dit : « Ouhlala, trop cool ! J'en ferai plus ! »* ***Mais par contre on a ressenti de la réticence chez d'autres médecins****. B., que j'adore hein, c'est devenu un ami… Mais* ***au début il faisait beaucoup de gynéco et pas mal d'obstétrique. Et il a eu peur qu'on lui prenne ses patientes. Je lui ai dit que non, qu'on était complémentaires, qu'il continuerait à faire ce qu'il aimait faire et puis que nous, on complèterait****. »*

Enquêtrice : *« C'était le seul qui était un peu… »*

Interviewée : *« Oui, parce que c'était le seul qui en faisait beaucoup. »* (Sage-femme, MSP 4)

En marge de l'entretien, cette sage-femme nous expliquait que le médecin généraliste qui a exprimé ces réticences continuait d'assurer le suivi gynécologique et obstétrical de ses patientes mais qu'il lui arrivait toutefois de faire appel aux sages-femmes de la MSP pour un avis ponctuel. Le conflit a ainsi été évité grâce à l'acceptation des sages-femmes de n'intervenir qu'en complément, sur demande ponctuelle de ce médecin. La question est dès lors de savoir pourquoi cette mainmise des médecins généralistes sur le suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés ne suscite pas d'opposition de la part des sages-femmes qui pourraient tout aussi bien revendiquer ce domaine de tâches. Nous avançons qu'il subsiste une forme de dépendance des sages-femmes aux médecins généralistes et ce, à deux égards. D'une part, les sages-femmes ont besoin de l'adressage des médecins généralistes pour assurer leur patientèle : si les médecins n'orientaient par leurs patientes vers les sages-femmes, il n'est pas exclu que les patientes s'adresseraient à d'autres professionnels, notamment des gynécologues. D'autre part, bien que les sages-femmes n'interviennent pas sur prescriptions médicales, elles sont légalement obligées d'avoir recours aux médecins en cas de situations pathologiques. Ainsi, sont-elles soucieuses de maintenir de bonnes relations avec les médecins généralistes, pour pouvoir s'approvisionner en patientes mais également les renvoyer aux médecins en cas de besoin. Tout en cherchant à défendre leur territoire professionnel, les sages-femmes choisissent donc d'éviter la confrontation avec les médecins généralistes. Dans ce contexte, deux sages-femmes témoignaient de cette difficulté à établir leur territoire professionnel ou, pour reprendre leurs termes, à trouver leur « *place* » :

> *« Le métier de sage-femme est un peu particulier, on est un peu* ***le cul entre deux chaises*** *comme on dit.* ***À partir du moment où ça dévisse***[1]***, il faut qu'on réfère*** [aux médecins]. ***Sauf que les patientes, elles ne comprennent pas*** *que pour une infection urinaire pendant la grossesse, j'ai droit de leur mettre des antibio, mais qu'une fois que le bébé est sorti, j'ai plus droit aux antibio par exemple.* ***Donc je dois dire à ma patiente qu'elle doit reprendre un rdv avec le médecin****, avoir affaire au secrétariat où elle ne sera certainement pas prioritaire...* ***Alors ça n'empêche pas que quand j'ai besoin d'eux, je les appelle et ils sont réactifs****, par téléphone ou messagerie.* ***Si je leur dis que j'ai besoin de telle ordonnance, ils vont le faire. Mais tout ça, c'est compliqué.*** *»* (Sage-femme, MSP 3)

*

> *« C'est un peu la problématique de notre profession. C'est qu'on a toujours un peu* ***le cul entre deux chaises****. Y'a beaucoup de gens qui nous disent : « Bonjour l'infirmière » ou « Merci Docteur ».* ***C'est une profession qui est un peu… on n'est pas nombreuses en France, on n'est***

[1] Nous comprenons ici que cette professionnelle fait référence aux cas qui deviennent pathologiques.

pas très connues, notre activité libérale est récente. Donc, comme je disais tout à l'heure, t'as toujours l'impression que ***tu dois faire ta place****. »* (Sage-femme, MSP 4)

Ces extraits d'entretiens permettent d'identifier deux difficultés que rencontrent les sages-femmes dans l'affirmation de leur rôle et de leur territoire professionnel, en MSP mais aussi plus largement dans le secteur ambulatoire. La première tient à leur statut professionnel ambivalent, dans la mesure où les sages-femmes sont reconnues comme une profession médicale mais l'étendue de leurs prérogatives est limitée, ce qui les oblige dans certaines situations à en référer à un médecin généraliste ou spécialiste. Si ce groupe professionnel s'est affirmé progressivement depuis les années 1980, en essayant de faire valoir l'autonomie qui leur est formellement attribuée mais qui demeure limitée par la domination médicale en pratique (Schweyer, 1996), le mouvement de grève de 2013-2014 atteste de la difficulté persistante de cette profession à s'affirmer face aux autres professions médicales[1]. Deuxièmement, cette profession est peu présente dans le secteur libéral : seuls 27% des sages-femmes exercent aujourd'hui en libéral, contre 68% dans des établissements de santé publics ou privés et 5% dans les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI)[2]. Cela participe certainement à expliquer leur difficulté à faire valoir leur place face à des professions plus établies dans le monde libéral mais aussi à se faire connaître des patientes, qui ne les identifient pas toujours et se tournent souvent vers des médecins, généralistes ou spécialistes.

Notons, pour finir, que l'extrait d'entretien avec la sage-femme de la MSP 4, qui témoigne de la difficulté d'un des médecins de sa structure à céder le suivi gynécologique et obstétrical, souligne une fois encore l'importance de l'apprentissage mutuel des compétences et des pratiques entre professionnel dans l'émergence de nouvelles pratiques de délégation. Selon cette professionnelle, c'est en effet en expliquant à ses collègues médecins généralistes le type de soins qu'elle peut offrir ainsi que leur complémentarité avec les soins qu'ils réalisent

[1] Le collectif d'associations et de syndicats à l'origine du mouvement de grèves lancé en octobre 2013 réclamait notamment la reconnaissance du statut de praticien hospitalier et d'un statut spécifique pour les étudiants sages-femmes, afin que les sages-femmes aient une égalité de statut avec les autres professions médicales (médecins, dentistes et pharmaciens). La « loi de modernisation de notre système de santé » de 2016 reconnaîtra finalement de nouvelles compétences aux sages-femmes, notamment l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, l'examen postnatal en l'absence de situation pathologique, la prescription et la pratique des vaccinations de la femme, du nouveau-né et de leur entourage pendant la période postnatale (article 127), et reconnaîtra un statut d'étudiants sages-femmes aux côté des étudiants en médecins, odontologie et pharmacie (art. 128).

[2] Site du ministère des solidarité et de la Santé, https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes/, consulté le 23.10.2019.

eux-mêmes que les médecins ont progressivement compris les actes qu'ils pouvaient lui déléguer et accepté une nouvelle division des tâches.

3) Délégations contraintes aux infirmiers : simple brouillage des frontières professionnelles ou risque de chevauchement des territoires professionnels ?

Dans les deux sous-parties précédentes, nous avons considéré les cas de délégations volontaires de tâches des médecins généralistes aux autres professionnels présents en MSP, que ces délégations fassent l'objet de prescriptions ou d'adressages hors prescription. Mais nous avons constaté sur le terrain des situations où les délégations médicales n'étaient pas volontaires : les médecins généralistes n'ont parfois pas d'autres choix que de céder aux infirmiers certains actes et prises de décision qui relèvent de leurs prérogatives médicales mais qu'ils ne sont pas en mesure d'assurer du fait de contraintes organisationnelles (en l'occurrence le manque de temps et l'éloignement du domicile des patients). Ce faisant, les infirmiers dépassent les frontières de leur territoire professionnel et empiètent sur celui des médecins généralistes sans que cela ne relève d'une volonté des médecins généralistes de céder une part de leur activité. Cette division du travail, non choisie par les médecins généralistes, ne fait étonnamment pas l'objet de conflits d'après nos observations, ce qui semble contraire au cadre théorique proposé notamment par Andrew Abbott (Abbott, 1988). Nous identifions deux raisons à cela : premièrement, les médecins généralistes acceptent ces délégations non souhaitées au départ car ils y voient le moyen de contourner les contraintes organisationnelles qu'ils rencontrent ; deuxièmement, ces délégations demeurent informelles et ne remettent ainsi pas en cause les territoires professionnels légalement reconnus aux médecins et aux infirmiers. Mais le dispositif récent de la pratique avancée (cf. encadré 2 du chapitre 5), en venant formaliser ces délégations et en reconnaissant de nouvelles compétences aux infirmiers qui recoupent les prérogatives médicales, est susceptible selon nous de faire émerger des conflits localement.

Contraintes organisationnelles, brouillage des frontières professionnelles et évitement des conflits

La division formelle du travail de soins entre médecins et infirmiers est légalement encadrée par le Code de la santé publique, qui attribue aux professions médicales un quasi-monopole sur les activités de diagnostic et de prescription, alors que les infirmiers interviennent pour l'exécution de ces prescriptions. À l'instar de Davina Allen dans le secteur hospitalier anglais (Allen, 1997), nous observons cependant que le contexte organisationnel ne permet pas de coller strictement à cette division des tâches. Nous identifions deux contraintes organisationnelles principales auxquelles doivent faire face les médecins des MSP de notre échantillon (et plus largement de secteur ambulatoire) : le manque de temps et l'éloignement du domicile des patients. Comme nous l'avons plusieurs fois souligné, les médecins se plaignent en effet unanimement d'un manque de temps et d'une cadence de consultations de plus en plus soutenue, à cause du déficit de médecins sur leurs territoires. De ce fait, ils ne voient la majorité de leurs patients qu'en cas de pathologies aigües ou de rares visites de contrôle, et le plus souvent à leurs cabinets. Au contraire, les infirmiers voient certains patients presque quotidiennement : il s'agit notamment des personnes âgées, des patients souffrant de pathologies chroniques et des patients dont les traitements sont lourds ou complexes (pansements particuliers, injections, etc.) et impliquent des soins infirmiers réguliers à moyen ou long terme. Les infirmiers réalisent par ailleurs la majorité de ces soins aux domiciles des patients, notamment pour les patients les moins mobiles.

Cette organisation spatio-temporelle des soins, et plus précisément la présence des infirmiers « *au chevet* » des patients en l'absence des médecins généralistes, a selon nous deux implications sur la division du travail entre médecins généralistes et infirmier et les dynamiques relationnelles entre ces professions. Premièrement, elle permet aux infirmiers de recueillir des informations concernant les patients que les médecins n'ont pas toujours et dont ils ont besoin pour suivre l'état de santé des patients et adapter leurs décisions thérapeutiques (notamment les conditions d'hygiène, les habitudes alimentaires, l'environnement familial et social, etc.) :

> « *Moi, je suis attaché au domicile. D'abord* ***c'est bien pour le patient****. À l'hôpital, le soignant, il est tout puissant. Alors qu'à domicile, en fait, on s'adapte. Je trouve que le patient est plus détendu, plus… C'est à nous de nous adapter et pas l'inverse. Et ça, c'est bien pour le patient, c'est un facteur de guérison même. Et puis* ***on voit plein de choses à domicile qu'on ne voit pas à l'hôpital ou même au cabinet****. Son domicile, ses habitudes, ce qu'il mange… Enfin,* ***on comprend plein de choses****.* ***Et puis ils nous parlent. Ils se confient dès qu'on a 5 minutes*** *pour papoter.* » (Infirmier MSP 4)

Deuxièmement, le contact direct et répété des infirmiers avec les patients, en l'absence des médecins, leur confère une autonomie dans leur prise de décision ainsi que dans l'exécution des soins prescrits par les médecins, ce qui les amène dans certaines situations à sortir de leur rôle de simples exécutants des décisions médicales. Ce dépassement de leur périmètre d'activité prend deux formes en pratique : d'un côté, il arrive que les infirmiers demandent directement aux médecins des prescriptions pour des soins qu'ils pensent nécessaires d'après leur propre appréciation de l'état des patients (sans que les médecins n'aient ausculté les patients), ou même qu'ils réalisent des soins non prescrits que les médecins acceptent de régulariser *a posteriori* sur ordonnance (rappelons que la prescription médicale des soins infirmiers demeure une obligation légale) ; d'un autre côté, les médecins demandent parfois aux infirmiers de profiter de leur passage aux domiciles des patients pour réaliser des examens cliniques qu'eux-mêmes n'ont pas le temps de faire. C'est ce qu'illustre très bien l'extrait d'entretien ci-dessous :

> Interviewé : *« De toute façon,* ***le métier d'infirmier libéral va changer****. Il évolue déjà. »*
>
> Enquêtrice : *« C'est à dire ? »*
>
> Interviewé : ***« Bah ayant moins de médecins, ils nous délèguent plus de soins****.* ***Par la force des choses, parce qu'ils n'ont pas le choix****. Moi je vois, l'autre jour, j'ai un médecin qui m'a appelé pour me demander de passer chez un de ses patients pour lui faire une prise de sang, prendre une photo de sa plaie, prendre ses constantes et le rappeler* ***parce qu'il n'avait pas le temps de le voir****. Et alors je lui ai dit gentiment :* ***« Et tu me donnes la consultation alors ? »*** (rire). *Donc il savait, avec les constantes, qu'il n'y avait pas d'urgence vitale, qu'il pouvait le voir plus tard, voilà. Ça nous arrive hein, et ça nous arrivera de plus en plus de toute façon. »*
>
> Enquêtrice : *« Et vous en pensez quoi, vous ? »*
>
> Interviewé : *« De quoi ? »*
>
> Enquêtrice : « *De cette évolution je veux dire. »*
>
> Interviewé : « *Bah* ***c'est valorisant ! Après, comme on dit hein, on reste des infirmiers****.* ***On prend des constantes mais on ne se permet pas d'aller au-delà****. Au fil des années, on sait quand même reconnaître des urgences, on sait par exemple que quand on voit un patient prendre 3 kilos en une semaine, on sait que si on appelle le médecin il va nous demander de lui faire une prise de sang et d'augmenter le Furosémide ou le Lasilix.* ***Même si on le sait, on se permettrait pas de le faire. Mais on anticipe****, on voit avec la pharmacie s'ils ont bien les médicaments, et cetera.* » (Infirmier, MSP 5)

Nous soutenons que les médecins n'ont d'autre choix que d'accepter que les infirmiers sortent de leur rôle légalement encadré, car ils développent une forme de dépendance vis-à-vis de ces professionnels. La réussite de la prise en charge dépend en effet de la capacité des infirmiers à repérer eux-mêmes et faire remonter aux médecins des changements d'état clinique chez les patients qu'ils voient plus fréquemment, mais aussi à adapter leurs soins au cas par cas, ce qui implique une autonomie de jugement, de décision et d'exécution des soins qui les fait

sortir de leur position de simples exécutants des décisions médicales. De leur côté, les infirmiers voient l'intérêt de ce contact direct et privilégié avec les patients : cela leur permet non seulement de mieux adapter leurs soins aux besoins des patients et ainsi améliorer la qualité de leur travail, mais aussi d'affirmer leur position de « *première ligne* » dans les prises en charge, qui n'est pas l'apanage des seuls médecins généralistes comme le remarquait déjà Françoise Bouchayer (Bouchayer, 2010). C'est ainsi que nous comprenons que les infirmiers de notre échantillon restent attachés à leur organisation sous forme de tournées aux domiciles des patients et soient peu nombreux à vouloir assurer des permanences en continu en MSP.

Nous soutenons que cette remise en cause de la division formelle des tâches entre médecins généraliste et infirmiers ne s'accompagne pas de conflits car il ne s'agit que d'un « *brouillage* » (Allen, 1997) des frontières professionnelles et non d'une remise en cause légale des prérogatives médicales. Tout en sortant ponctuellement de leur périmètre, les infirmiers ne cherchent en effet pas à préempter les prérogatives constitutives de la profession médicale (en l'occurrence celles de diagnostic, de décision thérapeutique et d'adaptation des traitements), car ils sont soucieux de maintenir leurs relations d'entente stabilisées avec ces professionnels, dans la mesure où l'essentiel de leur activité demeure dépendant de leurs prescriptions. C'est ainsi que nous comprenons le choix de l'infirmier cité ci-dessus, de rejouer la relation de domination médicale, alors même qu'elle est démentie dans les faits : en effet, tout en anticipant la décision médicale et en réalisant certains actes médicaux, ce professionnel rappelle qu'il ne « *reste* » finalement qu'un infirmier, qui ne se « *permettrait* » pas de décider et de faire à la place du médecin. Pour résumer, la relation de dépendance entre médecins généralistes et infirmiers est plus équilibrée que ne laisse supposer la division légale du travail entre médecins prescripteurs et professionnels exécutants. Cette interdépendance n'est toutefois acceptée que dans la mesure où la juridiction médicale n'est pas légalement remise en cause, mais ses frontières seulement aménagées ou *brouillées* par des arrangements organisationnels, de plus en plus récurrent aux dires des professionnels interrogés.

Précisons, avant de clore ce paragraphe, que la dépendance des médecins généralistes aux infirmiers n'est certainement pas spécifique à l'exercice en MSP. En attestent les travaux qui l'ont déjà mise en évidence dans le secteur hospitalier (Allen, 1997 ; Hughes, 1988 ; Porter, 1991 ; Stein, 1967), mais aussi les témoignages des professionnels de notre échantillon eux-mêmes : plusieurs médecins ont en effet souligné qu'ils avaient déjà recours aux infirmiers,

avant l'installation en MSP, pour obtenir des informations sur les patients ou pour les suppléer dans certaines activités. Mais ils précisent que ces recours sont plus fréquents depuis le regroupement en MSP. Nous faisons l'hypothèse que la nouvelle proximité géographique, caractéristique de l'exercice en MSP, est particulièrement propice au brouillage des frontières entre médecins généralistes et infirmiers car elle facilite les délégations informelles sans pour autant remettre en question le contrôle de la stratégie thérapeutique par les médecins. En effet, les contacts quotidiens avec les infirmiers (ainsi que les autres professionnels intervenant ponctuellement dans les prises en charge des patients[1]) mais aussi les nouveaux outils et procédures de coordination facilitent l'accès des médecins aux informations sur les patients ainsi que leur regard sur les interventions des autres professionnels au cours des prises en charge. Cette proximité géographique est également propice, selon nous, à une stabilisation de ces nouvelles habitudes de délégation aux infirmiers, à travers une institutionnalisation progressive des nouvelles pratiques de coordination. La proximité géographique en MSP et les arrangements organisationnels qu'elle permet participent ainsi selon nous à réduire le risque de perte de contrôle des médecins sur les trajectoires des patients, ou le risque de « *captation* » par d'autres professionnels, pour reprendre la terminologie d'Henri Bergeron et Patrick Castel (Bergeron et Castel, 2010).

Reconnaissance formelle de nouvelles compétences aux infirmiers, chevauchement des territoires professionnels et risques de conflits : la pratique avancée

En offrant aux professionnels paramédicaux la possibilité de se spécialiser en « *pratique avancée* » (aux infirmiers seulement, à ce stade, et prochainement aux masseurs-kinésithérapeutes), les dispositions législatives récentes ouvrent certaines prérogatives médicales à d'autre groupes professionnels, en matière d'analyse clinique, de diagnostic, de prescription et d'orientation des patients (cf. encadré 2 du chapitre 5). Bien que la pratique avancée ne fût pas encore effective au moment de notre enquête (les décrets d'application datant

[1] Précisons que les infirmiers ne sont pas les seuls professionnels paramédicaux à être en contact direct et privilégié avec les patients. Les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les orthophonistes peuvent être amenés à voir certains patients fréquemment et sur une longue période ou même à aller à leurs domiciles. Nous n'avons toutefois pas constaté une dépendance comparable des médecins généralistes vis-à-vis de ces autres groupes professionnels, leurs besoins se limitant semble-t-il à des demandes d'informations ponctuelles.

de 2018), le sujet a été abordé par quelques médecins généralistes et infirmiers de notre échantillon.

Du côté des infirmiers, deux professionnels seulement se sont dits intéressés par cette nouvelle possibilité légale de faire évoluer leurs pratiques (en l'occurrence deux infirmiers Asalée), alors que les autres n'ont pas spontanément évoqué le sujet et ne connaissaient d'ailleurs pas ce nouveau dispositif pour la plupart. Du côté des médecins, les avis étaient mitigés. Ceux que nous avons déjà identifiés comme « *ouverts* » aux évolutions des compétences infirmières considéraient la pratique avancée comme une évolution positive, dans la mesure où cela allait leur permettre de déléguer plus de tâches encore qu'avec Asalée, qu'ils considéraient chronophages ou ne relevant pas de leur expertise clinique. Un médecin de la MSP 5 décrivait même son « *fantasme* » d'avoir une « *super infirmière* », « *comme en Angleterre*[1] », qui « *prendrait toutes les constantes* » du patient, le déshabillerait, le pèserait, etc., pour qu'il puisse de son côté « [se] *concentrer sur les tâches importantes* » et voir plus de patients (ce médecin se plaignant de ne pas avoir le temps de répondre à toutes les demandes de consultations)[2]. D'autres médecins, en revanche, y voyaient le risque d'une remise en cause de leurs prérogatives médicales, notamment les activités d'examen clinique et de diagnostic, et craignaient de devenir gestionnaires de dossier de patients, s'assurant que les traitements et les soins sont réalisés par d'autres. Nous constatons ainsi une tension entre la volonté de déléguer davantage de tâches aux infirmiers et la crainte que ces délégations ne mènent à la perte de certaines prérogatives médicales constitutives de leur profession. Nous prenons pour illustrations trois extraits d'entretiens où transparaît cette crainte chez les médecins :

> Interviewé : *« Je dois reconnaître… **j'ai un point de vue très ambivalent sur la pratique avancée**. Parfois, **je me dis que je vais perdre mon activité et que je vais me retrouver à faire que de la gestion de dossiers**. Alors que j'aime bien examiner les gens. J'aime le contact clinique, notamment parce que **le contact clinique offre des informations directes**, qui peuvent se perdre quand on fait seulement une étude de dossier. Et je pense que beaucoup de médecins généralistes sont très attachés à la clinique. Et il y'a un autre phénomène que je trouve un peu agaçant… par exemple pour le suivi diabétique, on dit que c'est pas la peine que le patient soit vu par son médecin traitant tous les trois mois. Mais le patient, il voit son diabétologue plusieurs fois par an même ! Alors que le médecin généraliste est tout à fait compétent. »*
> Enquêtrice : *« Donc vous voulez dire que le médecin généraliste perdrait… »*

[1] Ce médecin fait ici référence aux *nurses practitioners* qui existent en Angleterre mais également aux États-Unis et dans certaines provinces du Canada, qui sont autorisées à faire certaines prescriptions et actes diagnostics précis (voir encadré 2 du chapitre 5).

[2] Entretien non enregistré avec un médecin de la MSP 5.

Interviewé : *« C'est ça !* ***J'ai l'impression de perdre des deux côtés****.* ***Je me dis : « Mais dans ce cas-là, on sert à quoi ? »*** *Si on voit plus les patients, si on fait juste des prescriptions de temps en temps. Moi mon ambivalence elle vient de là. En fait, on sait ce qu'on perd mais on ne sait pas ce qu'on gagne. Et je pense qu'il y a des médecins qui ont peur de perdre leurs pratiques et de plus se retrouver dans une évolution de la médecine qui serait différente. »*

Enquêtrice : *« Mais quand vous dites que vous perdez… euh… je ne suis pas sûre de comprendre. Vous parlez par rapport aux autres professionnels ? »*

Interviewé : *« Je pense que dire que ça n'existe pas, ça serait mentir. Et* ***oui, je pense que y'a un peu, derrière, cette volonté de garder le statut particulier du médecin****. Même si on n'est plus du tout formés dans une relation thérapeutique descendante, c'est vrai que les jeunes qui sortent de la fac sont plus formés à cette relation équilibrée, où, en fait,* ***le médecin n'est plus le seul décisionnaire mais il est avec d'autres professionnels, et donc quelque part, y'a une perte d'autorité****. Et on a tous au fond… enfin chaque personne aime quand même garder ses prérequis, je pense. »* (Interne en médecine, MSP 4).

*

Interviewé : *« Je pense qu'une de nos craintes, c'est d'être de plus en plus…* ***Oui, on est au cœur du système, mais cette délégation de tâches fait qu'on se sent quand même maintenant cantonnés****… Enfin moi, quand on me dit "médecin généraliste au cœur du système de soins", moi je veux bien mais enfin… C'est un peu comme la revalorisation du travail manuel avec Giscard. C'est beau en théorie, mais dans la pratique, c'est pas ça qu'on vit sur le terrain.* ***On vit un émiettement des tâches****. Par exemple, avec les ophtalmos, les orthoptistes font des lunettes aussi et on dit à l'ophtalmo qu'il va plus faire les lunettes mais qu'ils vont se cantonner à la pathologie.* ***C'est une interprétation personnelle, mais je pense que cette délégation de tâches… Y'a des tensions oui, avec les médecins****. On a octroyé aux sages-femmes des prérogatives nouvelles. Enfin... on en parlait tout à l'heure. »*

Enquêtrice : *« Oui, vous parliez des sages-femmes tout à l'heure, et avec les autres professionnels, les infirmiers par exemple, comment ça se passe ? »*

Interviewé : *« Alors infirmiers, pas encore, mais ça vient. Là je lisais un texte sur la pratique avancée.* ***Alors intellectuellement c'est bien. Parce qu'on est plusieurs à vouloir que quelqu'un nous fasse, par exemple, chez les diabétiques chroniques, de l'éducation thérapeutique, les pesées, les constantes, et cetera. Et nous, on revient derrière pour faire la synthèse et voir si on change le traitement ou pas. Ça serait bien !*** *Parce qu'un infirmier sait certainement faire ça mieux que nous. Avec une formation, avec plus de temps avec le patient. Intellectuellement ce serait bien.* ***Mais dans la pratique, faut y aller doucement.*** *»* (Médecin généraliste, MSP 5)

*

« ***Je pense effectivement que ce serait pas mal de pouvoir déléguer aux infirmiers d'autres tâches… Alors après c'est sûr que bon, les patients chroniques, faut qu'on les voie de temps en temps quand même, sinon on va complètement perdre le lien.*** *Mais* ***y'a des trucs un peu rébarbatifs effectivement qui pourraient très bien être faits par les infirmiers****. En tout cas des choses sur lesquelles nous, on n'apporte rien de plus quoi. Alors,* ***il faut pas non plus qu'il reste au médecin que les dossiers à remplir****, parce qu'on aime bien faire un peu de médecine quand même !* (rire) *»* (Médecin généraliste, MSP 6)

Le dispositif Asalée (que nous avons considéré dans la première sous-section) et la pratique avancée sont finalement au service du même objectif : il s'agit de légaliser des délégations médicales aux infirmiers qui n'étaient jusque-là pas encadrées par le Code de la

santé publique, pour soulager les médecins de certaines tâches qu'ils ne peuvent ou ne veulent pas réaliser. Mais ce qui différencie ces deux dispositifs, ainsi que leur accueil par les médecins généralistes, est la nature des tâches déléguées : si Asalée est accueilli positivement par la plupart des médecins rencontrés, c'est parce qu'il prévoit la délégation de tâches souvent peu valorisées par ceux-ci (en l'occurrence des activités de prévention et d'éducation thérapeutique). En revanche, la pratique avancée reconnaît aux infirmiers des compétences qui relèvent de prérogatives auxquelles sont attachés les médecins généralistes que nous avons rencontrés, notamment un nouveau droit de prescription et une autorisation à renouveler ou adapter les prescriptions médicales[1] (voir encadré 2 du chapitre 5). Autant d'activités que les infirmiers réalisent déjà de manière informelle et ponctuelle (bien que de plus en plus fréquemment). Mais si les médecins consentent à déléguer ces tâches aux infirmiers dans des situations où ils n'ont pas d'autre choix, tous ne semblent pas disposés à ce que cette redistribution des tâches soit reconnue légalement. Nous soutenons que cette extension du territoire infirmier est susceptible de donner lieu à des luttes juridictionnelles non seulement au niveau national (nous avons évoqué dans le chapitre 5 les positions frontales des syndicats professionnels à ce sujet) mais aussi au niveau local, en MSP. Andrew Abbott appelait d'ailleurs à considérer les luttes juridictionnelles dans trois arènes : le système légal qui définit officiellement les compétences des différentes professions, l'opinion publique qui leur reconnaît une autorité sociale, et le lieu de travail où les frontières professionnelles font l'objet de négociations, voire de conflits (Abbott, 1988). Les données récoltées au cours de cette enquête (simultanée à la sortie des décrets d'application de la pratique avancée) ne nous fournissent toutefois pas le recul nécessaire pour analyser davantage les effets de la pratique avancée sur les dynamiques professionnelles entre médecins généralistes et infirmiers des MSP.

Conclusion du chapitre : Un regroupement géographique qui permet (pour l'instant ?) aux médecins de conserver leur rôle de « *captants* »

Face au risque de voir leur juridiction professionnelle remise en cause par l'extension des périmètres d'activités de leurs collègues paramédicaux et sages-femmes, la stratégie des

[1] Notons que ce droit est déjà reconnu aux pharmaciens, et Étienne Nouguez remarque à cet égard que cette évolution a conduit à de nouvelles luttes juridictionnelles entre médecins et pharmaciens (Nouguez, 2017).

médecins généralistes des MSP consiste finalement à s'affirmer dans un rôle de professionnels aux compétences *généralistes* au sein d'un groupe de professionnels aux compétences plus techniques et variées : ces médecins se considèrent comme ceux qui chapeautent l'offre de soins à l'échelle de l'organisation, qui ont « *une valeur ajoutée sur la vue d'ensemble* » pour reprendre les mots du médecin de la MSP 4 cité précédemment. Notre cas d'espèce fournit ainsi une illustration du concept d'appariement entre partenaires de soins que défendent Henri Bergeron et Patrick Castel (Bergeron et Castel, 2010) : les médecins généralistes jouent ici le rôle de « *captants* » qui maîtrisent les stratégies thérapeutiques et suivent les patients à toutes les étapes de leurs prises en charge ; et les autres professionnels (paramédicaux et sages-femmes) celui de « *non-captants* » qui interviennent ponctuellement en fonction des compétences techniques qui sont les leurs. Toutefois, il est selon nous probable que ce rôle de *captant* soit de plus en plus disputé par les sages-femmes et les infirmiers pour le suivi de certains patients, notamment les femmes enceintes ou les patients atteints de pathologies chroniques, et que cela conduise, à terme, à des luttes juridictionnelles en MSP.

Une autre question se pose concernant les seuls médecins généralistes : si tous revendiquent un rôle de *captants*, comment expliquer l'absence de relations conflictuelles entre ces professionnels dans les différentes MSP de notre échantillon ? Nous avons bien eu connaissance de cas de mésententes (voir notamment chapitre 5), mais celles-ci ne portaient jamais sur une question de captation de patientèle. Nous identifions deux mécanismes susceptibles d'expliquer cette absence de conflits entre médecins généralistes. Le premier tient à la surcharge de travail de ces professionnels : les médecins généralistes ont déjà des difficultés à répondre à la demande de soins de leurs propres patientèles et ne cherchent donc pas à *capter* les patients de leurs confrères. En d'autres termes, le déficit systémique d'offre de soins médicaux neutralise une potentielle concurrence interne entre médecins. Ils acceptent cependant de voir ponctuellement les patients qui leurs sont adressés par leurs confrères quand ces derniers sont en congés ou surchargés, pour pouvoir eux-mêmes leur adresser des patients en retour. Le second mécanisme consiste en une *spécialisation* des médecins généralistes : nous avons en effet rencontré quelques médecins, minoritaires, qui avaient développé de nouvelles activités en marge de leur pratique de médecine générale, comme la médecine du sport, l'obstétrique, l'homéopathie ou encore l'ostéopathie. Dans la MSP 4, plusieurs médecins généralistes nous ont par exemple expliqué avoir chacun une « *spécialité* » et s'adresser mutuellement des patients dans les cas où ceux-ci ont des besoins spécifiques auxquels un

confrère est plus à même de répondre. Ce processus de spécialisation ne fait pas l'objet de conflits dans la mesure où plusieurs professionnels ne préemptent pas le même territoire.

Alors qu'Henri Bergeron et Patrick Castel ont montré que l'établissement de réseaux informels stabilisés permettait aux médecins de réduire le risque de captation des patients par des confrères (Bergeron et Castel, 2010), dans notre cas d'espèce, nous soutenons que c'est le regroupement géographique qui permet aux médecins généralistes de céder certaines tâches à d'autres professionnels (professionnels paramédicaux, sages-femmes ou autres médecins généralistes) tout en limitant le risque de perte de contrôle de la trajectoire thérapeutique des patients.

Ces observations sur la stratégie de captation des médecins généralistes en MSP renvoient finalement à notre questionnement du chapitre précédent sur la collégialité dans ces organisations. Rappelons que pour Talcott Parsons (Parsons, 1971), Malcolm Waters (Waters, 1989) mais aussi Emmanuel Lazega et Olivier Wattebled (Lazega et Wattebled, 2010), la collégialité découle d'une répartition de l'expertise entre les membres d'une organisation, qui les rend complémentaires et interdépendants dans la résolution collective d'un problème. Si un seul expert a une connaissance complète du problème, il n'est dès lors plus dépendant des autres et la collégialité est mise à mal. Or, nous avons vu que les médecins généralistes des MSP avaient des connaissances et des compétences généralistes qui englobaient celles des autres professionnels. Ainsi, s'il y a complémentarité des compétences à l'échelle de ces organisations, celle-ci ne découle pas tant d'une répartition de l'expertise mais plutôt d'une volonté des médecins généralistes de se défaire de certaines tâches, de contraintes organisationnelles (le manque de temps des médecins en premier lieu), ou encore de la liberté de choix des patients (d'aller consulter une sage-femme plutôt qu'un médecin généraliste, par exemple). La collégialité, revendiquée par les différents professionnels, vient ainsi justifier *a posteriori* une division des tâches qui répond à d'autres logiques.

Conclusion

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles que nous avons étudiées dans cette thèse participent d'un mouvement général de rationalisation des pratiques des professionnels de santé qui n'est pas propre à la France[1]. Mais au-delà de l'intérêt intrinsèque de documenter un cas national, cet objet présente selon nous un intérêt théorique plus large pour reconsidérer le phénomène professionnel dans un contexte institutionnel particulier et paradoxal : celui d'un système de santé marqué par un renforcement de l'intervention étatique mais qui demeure attaché au principe de liberté des patients et des professionnels de santé – *a fortiori* dans le secteur ambulatoire où ceux-ci sont majoritairement libéraux. Cette tension entre logique régulatrice et logique libérale est plus susceptible d'exister dans les systèmes de santé assurantiels (Hassenteufel, Genieys et Smyrl, 2008) et est observée en France dans d'autres sous-domaines de la santé que les soins primaires. Étienne Nouguez a par exemple montré que la politique française des médicaments génériques oscillait entre deux positions antagonistes avec, d'un côté, une « *position étatiste* » reposant sur l'administration des prix par l'État et sur la régulation des pratiques des médecins prescripteurs et des patients et, d'un autre côté, une « *position libérale* » fondée sur des mécanismes de marché (notamment la concurrence par les prix entre industriels du médicament) et la liberté de choix des prescripteurs et des patients (Nouguez, 2017).

Cette tension se matérialise sur notre terrain à deux niveaux, autour desquels nous avons organisé notre réflexion : celui de la relation des professionnels de santé libéraux des MSP avec les autorités sanitaires, et celui des relations entre les professionnels de santé dans les organisations. Nous proposons, pour conclure ce travail, de tirer les principaux enseignements de notre cas d'espèce sur ces deux questions, avant de nous demander en quoi ces résultats peuvent nous permettre de réinterroger le phénomène néo-managérial depuis le secteur libéral, alors qu'il est surtout documenté depuis le secteur public hospitalier.

[1] Dans son mémoire d'habilitation à diriger des recherches, Patrick Castel remarque à ce sujet que la rationalisation des pratiques médicales est l'un des leviers privilégiés des réformes des systèmes de santé occidentaux et renvoie à divers travaux empiriques qui illustrent ce constat (Castel, 2020) (voir également : Bergeron et Castel, 2014).

Inciter et contractualiser avec des professionnels de santé libéraux pour orienter leurs pratiques : composer avec une identité libérale pour la redéfinir à long terme ?

Nous avons montré dans cette étude, et plus particulièrement dans les chapitres 2 et 3, que les professionnels de santé libéraux qui s'engageaient dans un nouveau mode d'exercice en MSP, collectif, pluriprofessionnel et contractuel avec l'administration sanitaire et le financeur public (l'ARS et la CPAM, au niveau local), parvenaient à conserver leur autonomie et leur identité professionnelle tout en satisfaisant à leurs nouvelles obligations contractuelles, alors même que ces obligations touchaient à des dimensions constitutives de leur exercice libéral : la coordination entre professionnels, les modalités d'accès aux soins pour les patients et le type de soins proposés[1]. Cela tient à plusieurs spécificités du processus de rationalisation que nous avons observé. En premier lieu, les professionnels de santé libéraux font librement le choix d'exercer en MSP, car ils y trouvent leur intérêt : ils considèrent ces structures comme le moyen d'améliorer leurs conditions de travail, de proposer un mode d'exercice attractif pour de jeunes médecins généralistes (dont le déficit préoccupe tous les professionnels), d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins pour les patients et, pour certains, de défendre une nouvelle conception des soins. En second lieu, une fois en MSP, les professionnels parviennent à limiter la contrainte que les nouveaux outils et procédures de rationalisation sont susceptibles de faire peser sur leur exercice : grâce à un travail de formalisation et d'adaptation des nouvelles procédures de rationalisation à leurs situations locales, les professionnels des MSP parviennent à maintenir leurs pratiques existantes tout en se conformant aux attentes des autorités sanitaires avec lesquelles ils contractualisent. En troisième lieu, certains professionnels parviennent même à profiter de la contractualisation et de ce nouveau cadre d'exercice pour développer des activités innovantes qui répondent à leurs souhaits et leurs besoins et qui n'ont pas été anticipées par les autorités sanitaires. C'est ainsi que nous avons expliqué l'articulation originale entre une nouvelle logique de « *redevabilité* » (Bezes et al., 2011) des professionnels libéraux vis-à-vis des autorités sanitaires et le maintien d'une autonomie professionnelle dans la définition du contenu et de l'organisation des soins, qui est au fondement d'une relation d'interdépendance renforcée. D'un côté, les professionnels acceptent de manière inédite de rendre des comptes

[1] Rappelons toutefois que si l'accès aux soins et la coordination font l'objet de règles et procédures obligatoires dans la contractualisation avec l'ARS et la CPAM, le développement de nouvelles prises en charge ainsi que d'activités de santé publique ne fait l'objet que d'incitations financières supplémentaires et ne conditionne pas la contractualisation (voir chapitre 1).

aux autorités sanitaires afin de bénéficier d'un nouveau mode d'exercice qui répond à leurs besoins ainsi que de rémunérations complémentaires qui leur permettent de pérenniser ce mode d'exercice et de développer de nouvelles activités. D'un autre côté, les autorités sanitaires acceptent les arrangements des professionnels avec les procédures de rationalisation ainsi que les activités innovantes qu'ils développent localement car elles dépendent de leur adhésion pour faire croître le nombre de MSP sur le territoire. De cette rencontre d'intérêts professionnels et politiques, et de cette interdépendance renforcée entre des professionnels de santé libéraux et l'État, naît ce que nous proposons d'appeler un « *statut libéral sous contraintes* ».

Ce premier enseignement résulte cependant d'une enquête menée à un moment précis du processus de rationalisation que nous observons, seulement un peu plus de dix ans après l'entrée des MSP dans la loi et trois ans après la signature d'un accord national entre l'État, l'Assurance Maladie et les organisations professionnelles, ayant stabilisé les termes de la contractualisation en MSP, l'ACI (voir encadré 4 du chapitre 1). Or nous avons rencontré des professionnels sur le terrain témoignant d'un renforcement de la contrainte depuis leur entrée dans la contractualisation avec l'ARS et la CPAM, avec davantage d'obligations à respecter et plus de comptes à rendre aux tutelles. Cela nous invite ainsi à considérer les effets de l'exercice en MSP à plus long terme, afin de juger de la marge de liberté dont disposeront les futurs professionnels à l'intérieur de ce nouveau cadre d'exercice. Nous faisons l'hypothèse que si les premiers professionnels à s'être engagés dans ce mode d'exercice ont pu tirer parti de règles et de procédures parfois imprécises et malléables, voire participer à leur institutionnalisation (pour ceux qui ont pris part à l'expérimentation de cette contractualisation jusqu'en 2015, pendant l'ENMR[1]), les suivants pourraient être davantage contraints par une forme d'action collective stabilisée qu'ils n'auront pas participé à définir. La sociologie des organisations invite toutefois à toujours se poser la question des marges de manœuvres des acteurs dans leur environnement, aussi régulé soit-il (Crozier, 1964 ; Gouldner, 1954). Ainsi les MSP, qui présentent tous les atours d'un instrument d'action publique consensuel, incitatif et contractuel (voir chapitre 1) et qui ne remet pas en cause (à ce stade ?) le statut libéral des professionnels qui y souscrivent, ne serviraient-elles pas l'objectif politique inavoué d'encadrer, un jour, l'exercice des professionnels libéraux en rognant progressivement sur leurs libertés traditionnelles ? Les propos de Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès nous invite en effet à nous interroger sur les

[1] Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération.

effets à long terme de l'instrument MSP : *« Pour les élites gouvernementales, le débat sur les instruments peut être un utile masque de fumée pour dissimuler des objectifs moins avouables, pour dépolitiser des questions fondamentalement politiques, pour créer un consensus minimum de réforme en s'appuyant sur l'apparente neutralité d'instruments présentés comme moderne, dont les effets propres se font sentir dans la durée »* (Lascoumes et Le Galès, 2005, p. 26-27).

Organiser la coordination de professionnels libéraux : derrière la nouvelle norme de la collégialité, le maintien d'une hiérarchie professionnelle ?

Le chapitre 5 nous a permis de montrer que les règles et procédures de rationalisation en MSP étaient porteuses d'une nouvelle conception de la coordination pluriprofessionnelle, collégiale. La MSP présente en effet formellement (aussi bien dans sa définition légale que dans les outils de coordination de l'ACI) toutes les caractéristiques d'un groupe ou d'une organisation collégiale (Parsons, 1971 ; Parsons et Platt, 1973 ; Waters, 1989, 1993), à savoir une complémentarité des compétences et des domaines d'expertise qui rend les professionnels interdépendants et les place sur un pied d'égalité, un mode de prise de décision consensuel (ou, à défaut, démocratique) et une autonomie vis-à-vis d'une autorité bureaucratique extérieure (que nous venons d'évoquer ci-dessus). La particularité de notre objet réside dans le fait que cette collégialité ne se joue pas entre pairs mais entre professionnels de différentes professions qui, précisément, se sont toujours inscrits dans une organisation hiérarchique et non égalitaire des soins, avec des médecins prescripteurs et d'autres professionnels de santé qui exécutent ces prescriptions. Nous avons montré que la puissance publique comme les professionnels des MSP défendaient cette nouvelle conception collégiale de l'exercice pluriprofessionnel car ils y voyaient, de part et d'autre, le moyen de répondre à leurs objectifs. D'un côté, en faisant la promotion d'une organisation collégiale des soins, la puissance publique cherche à créer une complémentarité entre professionnels – là où elle n'existe pas toujours de fait – pour induire de nouvelles pratiques de coordination. De cette façon, elle encourage une nouvelle division du travail entre médecins généralistes et professionnels paramédicaux qui pourrait compenser le déficit de l'offre médicale. Du côté des professionnels de santé, la collégialité est perçue comme le moyen de défendre une nouvelle vision collective et pluriprofessionnelle de la médecine de ville (notamment portée par les médecins porteurs de projets, voir chapitre 4), de rééquilibrer des relations historiquement hiérarchisées (les paramédicaux prétendant à des relations moins

déséquilibrées avec les médecins) et de permettre une nouvelle division des tâches entre professionnels (en reconnaissant des compétences spécialisées et complémentaires à d'autres professionnels, les médecins généralistes justifient en effet leur choix de déléguer certaines activités). Nous soutenons que la collégialité s'est ainsi imposée comme une nouvelle norme organisationnelle, consubstantielle de l'exercice pluriprofessionnel en MSP, instrumentalisée aussi bien par la puissance publique que par les professionnels de santé pour induire un engagement réciproque des professionnels dans le travail de soins et entretenir une forme de consensus dans ces organisations. À cet égard, notre échantillon fournit un exemple original d'articulation entre les deux conceptions de la collégialité identifiées par Emmanuel Lazega et Olivier Wattebled (Lazega et Wattebled, 2010), l'une décrétée (et outillée) *par le haut*, et l'autre revendiquée *par le bas*. Mais derrière l'apparence d'un « *groupe d'égaux*[1] », nous avons constaté dans le chapitre 6 que la complémentarité des professionnels au sein des MSP renvoyait davantage à une subsidiarité des compétences et des interventions des professionnels paramédicaux (et, dans une certaine mesure, des sages-femmes) dans des prises en charge décidées et contrôlées par des médecins généralistes. À ce stade, il apparaît ainsi que la coordination pluriprofessionnelle en MSP profite d'abord aux médecins généralistes, qui conservent leur position particulière et dominante dans le groupe pluriprofessionnel, et qui délèguent les tâches qu'ils souhaitent à d'autres.

Nous voyons toutefois poindre plusieurs éléments dans cette étude qui nous invitent, de nouveau, à considérer notre objet sur le temps long et à questionner ce second enseignement : la domination médicale en MSP ne pourrait-elle pas être progressivement remise en question ? Nous avons en effet observé que certaines tâches relevant de prérogatives médicales étaient, de fait, préemptées par d'autres professionnels. C'est notamment le cas des sages-femmes, qui sont légalement compétentes pour assurer le suivi gynécologique et obstétrique des femmes et des nouveau-nés, au même titre que les médecins généralistes. C'est également le cas des infirmiers, à qui les médecins sont contraints de céder certaines tâches relevant de leurs prérogatives médicales du fait de contraintes organisationnelle (notamment leur manque de temps et leur éloignement du domicile des patients), bien que ces délégations ne soient pas légalement et formellement encadrées. Ces cas d'empiètement sur la juridiction médicale ne donnent

[1] Nous empruntons cette expression à Eliot Freidson mais aussi Talcott Parsons, qui considéraient pour leur part des médecins formant des « *companies of equals* » (Freidson et Rhea, 1963 ; Parsons, 1969).

étonnamment pas lieu à des conflits en MSP, ce qui contredit la lecture concurrentielle et systémique des dynamiques professionnelles d'Andrew Abbott (Abbott, 1988). Nous expliquons cela par le fait que les sages-femmes comme les infirmiers demeurent dépendants des médecins généralistes : la constitution de la patientèle des sages-femmes (présentes depuis peu dans le secteur ambulatoire et pas toujours bien identifiées par la population) dépend notamment de l'adressage des médecins généralistes, et ces professionnelles sont légalement tenues de renvoyer les cas pathologiques à des médecins (généralistes ou spécialistes) ; de leur côté, les infirmiers ne peuvent réaliser leurs soins que sur prescriptions médicales (quand bien-même ces prescriptions régulariseraient *a posteriori* des soins déjà réalisés). Sages-femmes et infirmiers sont ainsi soucieux de stabiliser des relations d'entente avec les médecins généralistes pour pouvoir s'« *approvisionner* » en patients, mais aussi les renvoyer aux médecins en cas de besoin. Mais l'affirmation progressive de la profession de sage-femme depuis les années 1980 dans les arènes légale et publique[1], ainsi que la reconnaissance légale de nouvelles compétences aux infirmiers (notamment de prescription et d'analyse clinique) avec le dispositif de la pratique avancée en 2016, pourraient selon nous contribuer à rebattre les cartes, en délivrant ces professionnels de l'obligation d'en référer aux médecins dans de plus en plus de situations. Ces évolutions des juridictions professionnelles pourraient selon nous donner lieu à des conflits sur le lieu de travail, en MSP, où les frontières professionnelles sont mises à l'épreuve des pratiques.

*

Patrick Hassenteufel identifie trois principaux ressorts du pouvoir médical : l'autonomie dans les pratiques, la domination sur les autres professionnels de santé et le rapport de pouvoir avec les patients (Hassenteufel, 1999). Nos résultats montrent, à ce stade de la politique que nous observons, que les médecins généralistes parviennent à réaffirmer les deux premiers en MSP, mais nous invitent toutefois à la prudence quant aux effets à long terme de cet instrument sur l'autonomie professionnelle et la domination médicale. Les éléments dont nous disposons dans cette étude ne nous permettent (malheureusement) pas de questionner le troisième ressort du pouvoir médical rappelé par l'auteur, relatif aux rapports avec les patients, et c'est d'ailleurs

[1] L'affirmation de la profession de sage-femme ne tient en effet pas seulement à l'élargissement de son champ de compétences et à la reconnaissance légale d'une égalité de statut avec les autres professions médicales, mais aussi à une reconnaissance sociale au sein de la population, alors que cette profession est encore peu présente en ville et mal identifiée par les patients.

une autre dimension de la politique des MSP que nous souhaiterions creuser dans nos recherches futures.

Repenser le *New Public Management* depuis le secteur libéral

Alors que l'ancien management public (ou *Old Public Management*) reposait, pour le dire de manière synthétique, sur un système de régulation et de contrôle pour tenter d'induire la conformité des pratiques des agents de l'État aux décisions du législateur, le nouveau management public (ou *New Public Management*, NPM) qui s'est développé dans les bureaucraties occidentales à partir des années 1980 repose sur de nouveaux mécanismes au service d'un contrôle indirect des acteurs de la mise en œuvre. Nous avons rappelé en introduction de cette thèse les principes au fondement de cette nouvelle doctrine néo-managériale, identifiés par Philippe Bezes et Didier Demazière (Bezes et al., 2011) : la fragmentation de la bureaucratie verticale avec la création de nouveaux organes administratifs, autonomes et décentralisés ; la distinction entre les activités de stratégie, de pilotage et de contrôle d'un côté, et les activités de mise en œuvre des politiques d'un autre côté ; le renforcement des responsabilités des acteurs de la mise en œuvre, liés aux tutelles par des contrats ; le recours à des mécanismes de marché (concurrence entre les acteurs, publics et privés, individualisation des incitations, externalisation et privatisation de certains services...) ; et, enfin, une gestion des politiques par les résultats, qui repose sur l'évaluation de la performance des acteurs et la contractualisation autour de ces résultats. Plusieurs auteurs s'intéressant aux effets des réformes néo-managériales sur l'hôpital public en France remarquaient que cette nouvelle logique gestionnaire, qui transforme l'hôpital en « *entreprise* » (Mas et al., 2011) ou en « *usine à soins* » (Pierru, 2013) et qui préfère l'incitation et la contractualisation à la régulation et au contrôle, conduisait paradoxalement à un renforcement du contrôle de l'État sur l'autonomie des professionnels de santé du secteur public (Belorgey, 2010 ; Benamouzig, 2005 ; Benamouzig et Pierru, 2011 ; Juven, Pierru et Vincent, 2019 ; Pierru, 2007a).

Nos observations en MSP nous amènent à reconsidérer certains de ces grands principes du NPM depuis le secteur libéral. Certains sont confirmés ici : la politique des soins primaires

s'inscrit bien dans un contexte de décentralisation de l'administration sanitaire[1], avec la création d'agences (les ARS) qui pilotent sa mise en œuvre au niveau régional[2]. De plus, les professionnels du secteur libéral ambulatoire, comme ceux du secteur public hospitalier, font l'expérience d'un nouveau mode de gouvernement incitatif et contractuel, autour d'objectifs de résultats (cela est le cas en MSP avec l'ACI et les NMR, et plus généralement pour les médecins généralistes du secteur ambulatoire, avec le développement du paiement à la performance, voir chapitre 1). Mais nos observations nous amènent à questionner les autres principes du NPM documentés dans la littérature, et ce à deux égards. En premier lieu, la séparation des fonctions de stratégie et de pilotage, d'un côté, et des fonctions de mise en œuvre de la politique, de l'autre, n'est selon nous pas aussi claire : nous avons en effet montré que des professionnels de santé de terrain pouvaient faire alliance avec les tutelles au niveau local et participer eux-mêmes à transformer le contenu de la politique publique qu'ils mettaient en œuvre, notamment en développant des initiatives reprises par la puissance publique au niveau central. En second lieu, les procédures et outils néo-managériaux développés en MSP ne participent pas à une marchandisation[3] de l'activité des professionnels – qui sont au demeurant libéraux – mais au contraire à une tentative de bureaucratisation. En effet, la politique des soins primaires contribue précisément à imposer des objectifs de service public dans le secteur ambulatoire libéral (obligation d'accessibilité géographique, horaire et financière aux soins, continuité des services proposés, etc.). Quant aux nouvelles procédures encadrant les pratiques quotidiennes en MSP, ainsi que la nouvelle logique de redevabilité vis-à-vis des autorités sanitaires locales, n'ambitionnent-elles pas, à terme, de faire de ces professionnels libéraux des opérateurs de politique publique, des bureaucrates dont les activités répondraient de plus en plus à des objectifs et des règles définies en dehors de leurs professions ?

---

[1] Bien que celle-ci puisse davantage être considérée comme un processus de déconcentration et de renforcement de l'État sanitaire, comme nous l'avons souligné dans l'introduction générale (Benamouzig et Pierru, 2009 ; Bras, 2009 ; Pierru, 2010 ; Tabuteau, 2013).

[2] La loi HPST de 2009 définissant les soins primaires et créant, simultanément, les ARS.

[3] Notons d'ailleurs que le processus de marchandisation analysé dans les travaux sur les réformes néo-managériales à l'hôpital n'est qu'une dynamique parmi d'autres : Daniel Benamouzig met notamment en évidence l'existence d'autres formes de régulation, en particulier administrative et professionnelle (Benamouzig, 2005). Pour des exemples empiriques, voir également le travail de synthèse d'Henri Bergeron et Patrick Castel (Bergeron et Castel, 2014).

Cette entreprise plus ou moins assumée de bureaucratisation est toutefois loin d'être concluante, comme nous l'avons montré dans cette thèse, tant les professionnels libéraux des MSP parviennent à préserver leur autonomie et leur identité professionnelle, loin du costume de bureaucrate. Et nous défendons l'idée que c'est précisément cette autonomie qui rend possible la mise en œuvre de cette réforme néo-managériale des soins primaires dont ils font l'objet. Dans son analyse de la bureaucratie, Evelyn Brodkin soutient qu'en favorisant des mesures incitatives et contractuelles en lieu et place d'outils de régulation et de contrôle, la doctrine néo-managériale s'attache à définir des objectifs de politiques publiques sans préciser comment les acteurs de la mise en œuvre doivent y parvenir. Elle considère ainsi « *la discrétion comme un élément nécessaire à l'exécution des politiques*[1] » (Brodkin, 2008, p. 323). Ce faisant, elle prend le contrepied de toute une série de travaux américains qui cherchaient à comprendre les obstacles à une mise en œuvre (« *implementation* ») des politiques qui soit conforme aux intentions du législateur (et qui formulaient des recommandations pour les neutraliser, dans une visée normative). Evelyn Brodkin appelle au contraire à considérer la discrétion (ou l'autonomie) des acteurs de la mise en œuvre comme un phénomène non seulement inéluctable mais aussi souhaitable, dans la mesure où c'est finalement grâce à la latitude dont ils disposent que ces acteurs parviennent à répondre à des objectifs politiques généraux, parfois peu clairs voire contradictoires, et à les adapter aux situations locales. De la même manière, dans son analyse de la mise en œuvre de programmes de santé publique dans plusieurs villes américaines, Lawrence Brown ne considère pas la « *sensibilité* » des politiques publiques à la mise en œuvre[2] comme une contrainte mais comme une donnée en tant que telle : la prendre en compte permet précisément de comprendre la production des politiques publiques, qui ne sont pas des objets définitifs mais des constructions sociales contingentes, dépendant du contexte institutionnel (Brown, To be published). Ces auteurs plaident ainsi pour une approche de la mise en œuvre des politiques par l'analyse des pratiques des acteurs ou des bureaucrates de première ligne, dans la lignée des travaux séminaux de Michael Lipsky sur la « *street-level bureaucracy* » (Lipsky, 1980), car c'est la seule entrée qui permette de comprendre les effets de la discrétion des acteurs de la mise en œuvre sur le contenu des politiques publiques. Le principal apport des travaux d'Evelyn Brodkin par rapport au cadre conceptuel de Michael

[1] Dans le texte : « *NPM appreciates discretion as a necessary part of policy delivery* » (Brodkin, 2008, p. 323).

[2] L'auteur parle d'« *implementation sensitive policy* ».

Lipsky réside dans le changement d'échelle qu'elle propose, du bureaucrate à l'organisation dans laquelle il s'insère : l'auteure insiste en effet sur la nécessité de comprendre le poids des structures organisationnelles et du système de relations interpersonnelles sur les pratiques des acteurs de la mise en œuvre. Brodkin applique notamment cette méthode[1] dans une étude sur la mise en œuvre de réformes néo-managériales par des agents publics de l'aide sociale de la ville de Chicago (Brodkin, 2011). Elle montre que ces agents ne peuvent agir simplement selon leur stratégie et leurs préférences personnelles, mais que le contexte organisationnel participe à définir leurs choix et ainsi leur marge de discrétion dans la mise en œuvre des réformes. Dès lors, ce ne sont pas les acteurs de ces services, individuellement, qui participent à la production des réformes, mais les organisations elles-mêmes. Pour reprendre ses mots : « *Bien que les organisations ne déterminent pas le contenu explicite des réformes, elles peuvent être considérées comme des décideurs politiques de facto, dans la mesure où les structures organisationnelles participent à construire (et reconstruire) les politiques au quotidien*[2] ». De la même manière, ce ne sont pas les professionnels de santé des MSP individuellement mais les MSP – et notamment celles que nous avons identifiées comme *innovantes* ou *pionnières* – qui participent à construire la réforme des soins primaires. Ce sont dès lors les MSP en tant qu'organisations qui deviennent redevables du respect des nouvelles règles et procédures de rationalisation devant l'ARS et la CPAM, et ce rôle de tampon de l'organisation, entre professionnels libéraux et autorités sanitaires, aide selon nous les premiers à préserver leur autonomie individuelle vis-à-vis des secondes.

Peut-on, finalement, parler d'une transformation de l'exercice libéral en France sous l'effet de ce nouvel instrument de rationalisation ? Le constat de la stabilité de l'organisation de la médecine de ville, qui tient notamment à la capacité de la profession médicale à défendre son autonomie face à l'État depuis l'entre-deux-guerres et à maintenir une domination sur les autres professionnels de santé, ne doit pas masquer ce que nous considérons comme un changement profond, bien que progressif. Les MSP ne sont pas une « *révolution* » à elles seules,

[1] Notons que cette méthode, que l'auteure désigne « *ethnographie organisationnelle* » (Brodkin, 2008), s'apparente à celle défendue par l'analyse stratégique des organisations que nous avons adoptée nous-même dans cette étude, dans la lignée des travaux de Michel Crozier et Erhard Friedberg notamment (Crozier, 1964 ; Crozier et Friedberg, 1977)).

[2] Dans le texte : « *Although they do not determine policy's explicit content, these organizations can be understood as de facto policymakers in the sense that they informally construct (and reconstruct) policy in the course of everyday organizational life.* » (Brodkin, 2011, p. 253).

parce qu'elles ne sont pas le seul instrument à avoir participé aux évolutions du secteur ambulatoire libéral (pensons notamment au médecin référent puis traitant, aux réseaux de santé, au développement du paiement à la performance...), et parce qu'elles ne concernent qu'une minorité de professionnels libéraux aujourd'hui. Mais elles sont selon nous susceptibles d'entraîner – et de combiner – des changements capables d'affecter le système de santé dans son ensemble : modification des modalités d'accès aux soins, diversification de l'offre de soins (curatifs, préventifs, éducatifs...), évolutions des rôles et des périmètres de tâches des professionnels, évolution des modalités de rémunération, etc. Solution relativement consensuelle (en tout cas, non clivante), les MSP permettent de faire accepter en douceur une nouvelle logique ou un nouveau référentiel d'action dans le secteur ambulatoire libéral. Ce processus ne renvoie pas à un changement paradigmatique (Hall, 1993 ; Jobert, 1992) ou au remplacement d'un référentiel par un autre (Muller, 1995), mais plutôt à ce que Christine Musselin a considéré dans le secteur universitaire comme un changement par « *agrégation* », par « *greffe d'un nouveau référentiel sur le précédent* » (Musselin, 2001, p. 186). En effet, le référentiel traditionnel de la médecine libérale n'est pas en crise (en atteste la capacité des médecins à réaffirmer leur autonomie et leur domination sur les autres acteurs de soins), il n'a pas été remplacé par le nouveau référentiel de l'exercice libéral sous contrat. Les deux s'hybrident plutôt, non seulement à l'échelle du système de santé (où coexistent différentes modalités d'exercice en libéral) mais aussi à l'échelle des organisations (où s'articulent deux cultures professionnelles : l'une libérale et individuelle, l'autre contractuelle et collective), et c'est cette hybridation qui permet l'institutionnalisation progressive de nouvelles pratiques, dont les effets se déploieront avec le temps.

Bibliographie

ABBOTT Andrew, 1988, *The system of professions: An essay on the division of expert labor*, Chicago, University of Chicago Press, 435 p.

ABBOTT Andrew, 2016, « Postface : Dans les yeux des autres », *in Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*, Paris, Presse de l'EHESS, p. 441-466.

ADLER Paul, **BORYS** Bryan, 1996, « Two types of bureaucracy: Enabling and coercive », *Administrative Science Quarterly*, 41(1), p. 61-89.

AFRITE Anissa, **BOURGUEIL** Yann, **DANIEL** Fabien, **MOUSQUES** Julien, **COURALET** Pierre-Emmanuel, **CHEVILLARD** Guillaume, 2013, « L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins : objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération », *Questions d'économie de la santé*, 189.

AFRITE Anissa, **FRANC** Carine, **MOUSQUES** Julien, 2019, « Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes », *Question d'économie de la santé*, 239.

AFRITE Anissa, **MOUSQUES** Julien, 2014, « Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours », *Questions d'économie de la santé*, 201.

AGUILARD Stephan, **COLSON** Sébastien, **INTHAVONG** Karen, 2017, « Stratégies d'implantation d'un infirmier de pratique avancée en milieu hospitalier : une revue de littérature », *Santé publique*, 29(2), p. 241–254.

AGUZZOLI Fabienne, **ALIGON** Anne, **COM-RUELLE** Laure, **FREROT** Laurence, 1999, « Choisir d'avoir un médecin référent : une analyse réalisée à partir du premier dispositif mis en place début 1998 », *Questions d'économie de la santé*, 23.

ALLEN Davina, 1997, « The nursing-medical boundary: A negotiated order », *Sociology of Health and Illness*, 19(4), p. 498-520.

AMAR Laure, 1996, « L'influence des changements sur le travail des soignants », *in L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*, Libbey Eurotext, p. 215-233.

ANSARI Shahzad, **FISS** Peer, **ZAJAC** Edward, 2010, « Made to fit: How practices vary as they diffuse », *Academy of Management Review*, 35(1), p. 67–92.

ASSURANCE MALADIE, 2006, « Médecin traitant et parcours de soins coordonnés : Premier bilan », Point d'information du 6 juin 2006.

ASSURANCE MALADIE, 2010, « Contrat d'Amélioration des Pratiques Inidividuelles (CAPI) : Une dynamique au service du patient », Point d'information du 16 septembre 2010.

ASSURANCE MALADIE, 2019, « Une rémunération conventionnelle en hausse pour les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en plein développement », Communiqué de presse du 14 mai 2019.

BAUDIER François, **BOURGUEIL** Yann, **EVRARD** Isabelle, **GAUTIER** Arnaud, **FUR** Philippe Le, **MOUSQUES** Julien, 1998, « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 », *Questions d'économie de la* santé, 157.

BAUMGARTNER Frank, **JONES** Bryan, 1993, *Agendas and instability in American politics*, Chicago, The University of Chicago Press.

BEAUD Stéphane, **WEBER** Florence, 1997, *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 327 p.

BECKER Howard, 1966, *Social problems: A modern approach*, New York, Wiley.

BECKER Howard, 1985, *Outsiders*, Paris, Editions Métailié.

BECKERT Jens, 1999, « Agency, entrepreneurs, and institutional change. The role of strategic choice and institutionalized practices in organizations », *Organization Studies*, 20(5), p. 777–799.

BELORGEY Nicolas, 2010, *L'hôpital sous pression : Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 336 p.

BENAMOUZIG Daniel, 2005, *La santé au miroir de l'économie*, Paris, Presses Universitaires de France, 496 p.

BENAMOUZIG Daniel, **PIERRU** Frédéric, 2009, « Gouvernance sanitaire : le risque autoritaire », *Libération*, 17 mars 2009.

BENAMOUZIG Daniel, **PIERRU** Frédéric, 2011, « Le professionnel et le “système” : l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail*, 53(3), p. 293-348.

BENAMOUZIG Daniel, **PIERRU** Frédéric, 2012, « New Public Management et professions dans l'Etat : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? 5. Le professionnel et le “système” : l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail*, 54 (Supplément 1), p. 327-333.

BENFORD Robert D., **SNOW** David A., 2000, « Framing processes and social movements: An overview and assessment », *Annuel Review of Sociology*, 26, p. 611-639.

BERCOT Régine, **CONINCK (DE)** Frédéric, 2006, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?*, Paris, L'Harmattan, 148 p.

BERGERON Henri, 2018, *Entrepreneuriat institutionnel et structures sociales*, Mémoire d'habilitation à diriger des recherches, Paris, Institut d'Etudes Politiques.

BERGERON Henri, **CASTEL** Patrick, 2010, « Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail*, 52(4), p. 441-460.

BERGERON Henri, **CASTEL** Patrick, 2014, *Sociologie politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 479 p.

BERGERON Henri, **CASTEL** Patrick, 2015, « Les habits neufs du néo-institutionnalisme ? », *L'Année sociologique*, 65(3), p. 23–62.

BERGERON Henri, **CASTEL** Patrick, **DUBUISSON-QUELLIER** Sophie, 2014, « Gouverner par les labels », *Gouvernement et action publique*, 3, p. 7–31.

BERGERON Henri, **CASTEL** Patrick, **NOUGUEZ** Etienne, 2013, « Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière », *Revue française de sociologie*, 54(2), p. 263–302.

BERGERON Henri, **MOYAL** Anne, 2019, *Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po*, Chaire Santé de Sciences Po, Paris, 76 p.

BERLAND Yvon, 2003, « Rapport de la mission "Coopération des professions de santé" : Le transfert de tâches et de compétences (rapport d'étape) », Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapéess.

BERLAND Yvon, 2005, « Rapport de la commission "Démographie médicale" », Ministère de la Santé et de la Protection sociale.

BERLAND Yvon, **GAUSSERON** Thiery, 2002, « Rapport de la mission "Démographie des professions de santé" », Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapéess.

BERNIER Marc, 2008, « Rapport de la commission "Affaires culturelles, familiales et sociales" », Assemblée nationale.

BERRIVIN Renaud, **MUSSELIN** Christine, 1996, « Les politiques de contractualisation entre centralisation et décentralisation : les cas de l'équipement et de l'enseignement supérieur », *Sociologie du travail*, 38(4), p. 575-596.

BERTILLOT Hugo, 2014, *La rationalisation en douceur. Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital*, Thèse de doctorat, Paris, Institut d'études politiques.

BERTILLOT Hugo, 2016, « Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur », *Sociologie du travail*, 58(3), p. 227-252.

BEZES Philippe, 2001, « Defensive versus offensive approaches to administrative reform in France (1988–1997): The leadership dilemmas of French prime ministers », *Governance*, 14(1), p. 99–132.

BEZES Philippe, 2005, « Le modèle de "l'État-stratège" : Genèse d'une forme organisationnelle dans l'administration française », *Sociologie du travail*, 47(4), p. 431–450.

BEZES Philippe, 2012, « État, experts et savoirs néo-managériaux. Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3, p. 16–37.

BEZES Philippe, **DEMAZIERE** Didier, **LE BIANIC** Thomas, **PARADEISE** Catherine, **NORMAND** Romuald, **BENAMOUZIG** Daniel, **PIERRU** Frédéric, **EVETTS** Julia, 2011, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, 53(3), p. 293-348.

BEZES Philippe, **MUSSELIN** Christine, 2015, « Le New Public Management : entre rationalisation et marchandisation », *in Une French touch dans l'analyse des politiques publiques ?*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 125-152.

BIZEUL Daniel, 2008, « Les sociologues ont-ils des comptes à rendre ? Enquêter et publier sur le front national », *Sociétés contemporaines*, 70, p. 95-113.

BLOCH Marie-Aline, **HENAUT** Leonie, 2014, *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 315 p.

BLONDIN Sylvain, 2012, *Zones rurales, à votre santé !*, Paris, Ginkgo.

BLOY Géraldine, 2010, « La constitution paradoxale d'un groupe professionnel », *in Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 21-40.

BLOY Géraldine, **SCHWEYER** François-Xavier, 2010, *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, 424 p.

BLUMER Herbert, 1971, « Social problems as collective behavior », *Social Problems*, 18(3), p. 298–306.

BORRAZ Olivier, 2003, « Le leadership institutionnel », *in Le leadership politique et le territoire*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 125-143.

BOSCHMA Ron, 2005, « Proximity and innovation: A critical assessment », *Regional Studies*, 39(1), p. 61–74.

BOUCHAYER Françoise, 2010, « Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux », *in Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 253-270.

BOURGEOIS Isabelle, 2007, *Le médecin généraliste dans le travail médical de premier recours*, Thèse de doctorat, Paris, Institut d'Études politiques.

BOURGEOIS Isabelle, 2015, « Les dimensions cognitives de l'intervention en santé publique : l'accompagnement de deux projets de santé de premier recours en milieu rural », *Santé publique*, 27(3), p. 343-351.

BOURGEOIS Isabelle, 2019, « Accompagner la structuration de la production de soins de premier recours ou participer à l'invention de l'action organisée en médecine de ville », *Journal de gestion et d'économie de la sante*, 1, p. 54–71.

BOURGUEIL Yann, 2010, « Les apports des expériences internationales : entre substitution et diversification », *Actualité et dossier en santé publique*, Dossier « Evolution des métiers de la santé. Coopération entre professionnels », p. 30-32.

BOURGUEIL Yann, **CLEMENT** Marie-Caroline, **COURALET** Pierre-Emmanuel, **MOUSQUES** Julien, **PIERRE** Aurélie, 2009, « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne », *Questions d'économie de la santé*, 147.

BOURGUEIL Yann, **JUSOT** Florence, **LELEU** Henri, 2012, « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? », *Questions d'économie de la santé*, 179.

BOURGUEIL Yann, **MAREK** Anna, **MOUSQUES** Julien, 2009a, « La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français », *Santé publique*, 21 (hors série1), p. 27-38.

BOURGUEIL Yann, **MAREK** Anna, **MOUSQUES** Julien, 2009b, « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », *Questions d'économie de la santé*, 141.

BOUZIGE Brigitte, 2020, « La place de la pharmacie d'officine dans la coordination des soins primaires », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 295–297.

BOWKER Geoffrey, **STAR** Susan Leigh, 1999, *Sorting things out: Classification and its consequences*, London, The MIT Press, 377 p.

BRAS Pierre-Louis, 2009, « La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné? », *Droit social*, 11, p. 1126–1135.

BRAS Pierre-Louis, 2011, « Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? », *Les tribunes de la santé*, 1, p. 113–126.

BRAS Pierre-Louis, 2016, « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire? », *Les tribunes de la santé*, 1, p. 67–91.

BRISCOE Forrest, 2007, « From iron cage to iron shield? How bureaucracy enables temporal flexibility for professional service workers », *Organization Science*, 18(2), p. 297–314.

BROADBENT Jane, **LAUGHLIN** Richard, 2002, « Public service professionals and the new public management: Control of the professions in the public services », *in New public management: Current trends and future prospects*, London, Routledge, p. 95-108.

BRODKIN Evelyn, 2008, « Accountability in street-level organizations », *Journal of Public Administration*, 31(3), p. 317-336.

BRODKIN Evelyn, 2011, « Policy work: Street-level organizations under new managerialism », *Journal of Public Administration*, 21 (suppl. 2), p. 253–277.

BROWN Lawrence, To be published, *Political exercice: Active living, public policy, and the built environment,* New York, Columbia University Press.

BRUNN Matthias, 2020, « Diviser et récompenser ? La régulation des médecins de ville via les instruments d'action publique en France et en Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 215–236.

BUNGENER Martine, 1984, « Une éternelle pléthore médicale? », *Sciences sociales et santé*, 2(1), p. 77–110.

BUR Yves, 2008, « Rapport de la commission "Affaires culturelles, familiales et sociales", En conclusion des travaux de la mission sur les Agences Régionales de Santé », Assemblée nationale.

CALLON Michel, 1986, « Éléments pour une sociologie de la traduction : la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, 36, p. 169–208.

CARLIOZ Patrick, 2013, *Du syndicalisme à la convention : l'histoire d'un long fleuve pas si tranquille*, Ecully.

CARR-SAUNDERS Alexander Morris, **WILSON** P. A., 1933, *The Professions*, Oxford, Clarendon Press.

CASTEL Patrick, 2020, *Normaliser les pratiques, organiser les médecins*, Mémoire d'habilitation à diriger des recherches, Paris, Institut d'Etudes Politiques.

CASTEL Patrick, **MERLE** Ivanne, 2002, « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, 44(3), p. 337–355.

CEFAÏ Daniel, 1996, « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques », *Réseaux. Communication-Technologie-Société*, 14(75), p. 43–66.

CHECKLAND Kath, 2004, « National Service Frameworks and UK general practitioners: Street-level bureaucrats at work? », *Sociology of Health & Illness*, 26(7), p. 951-975.

CHEVILLARD Guillaume, 2015, *Dynamiques territoriales et offre de soins: l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine*, Thèse de doctorat, Université Paris Ouest, Nanterre - La Défense.

CHEVILLARD Guillaume, **MOUSQUES** Julien, 2018, « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français », *Cybergeo : European Journal of Geography*, 873.

CHEVILLARD Guillaume, **MOUSQUES** Julien, 2020, « Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? », *Questions d'économie de la santé*, 247.

CHEVILLARD Guillaume, **MOUSQUES** Julien, **LUCAS-GABRIELLI** Véronique, **BOURGUEIL** Yann, **RICAN** Stéphane, 2013, « Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux », *Questions d'économie de la santé*, 190.

Chreim Samia, **Williams** Bernard, **Hinings** C. R., 2007, « Interlevel influences on the reconstruction of professional role identity », *Academy of Management Journal*, 50(6), p. 1515–1539.

Clapeau François, 2018, *Déserts médicaux, les enjeux ensevelis, Mémoire pour l'executive master Gestion et politique de santé*, Mémoire d'executive master, Paris, Institut d'Etudes Politiques.

Clarke John, **Newman** Janet, 1997, *The managerial state: Power, politics and ideology in the remaking of social welfare*, London, Sage, 176 p.

Cobb Roger, **Elder** Charles, 1972, *Participation in American politics. The dynamics of agenda building*, Baltimore, Allyn and Bacon.

Conference Nationale de Sante, 2007, « Avis de la Conférence Nationale de Santé : Les voies d'amélioration du système de santé français ».

Conseil National de l'Ordre des Medecins, 2009, « Bulletin d'information n°6 de l'Ordre national des médecins ».

Courpasson David, 1997, « Régulation et gouvernement des organisations. Pour une sociologie de l'action managériale », *Sociologie du travail*, 39(1), p. 39–61.

Courpasson David, 2000, « Managerial strategies of domination. Power in soft bureaucracies », *Organization Studies*, 21(1), p. 141–161.

Crozier Michel, 1964, *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Seuil.

Crozier Michel, **Friedberg** Erhard, 1977, *L'acteur et le système*, Seuils, Paris, Editions du Seuil, 500 p.

Cueto Marcos, 2004, « The origins of primary health care and selective primary health care », *American Journal of Public Health*, 94(11), p. 1864-1874.

Cueto Marcos, **Brown** Theodore, **Fee** Elizabeth, 2019, *The World Health Organization: A History*, Cambridge, Cambridge University Press.

Darr Asaf, **Harrison** Michael, **Shakked** Leora, **Shalom** Nira, 2003, « Physicians' and nurses' reactions to electronic medical records », *Journal of Health Organization and Management*, 17(5), p. 349-359.

de Terssac Gilbert, 2011, « Théorie du travail d'organisation », *in Interpréter l'agir : un défi théorique*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 97–121.

DeLeon Peter, **DeLeon** Linda, 2002, « What ever happened to policy implementation? An alternative approach », *Journal of Public Administration Research and Theory*, 12(4), p. 467–492.

Dent Mike, 2003, *Remodelling hospitals and health professions in Europe: Medicine, nursing and the State*, London, Palgrave Macmillan.

DEPINOY Dominique, 2011, *Les maisons de santé, une urgence citoyenne*, Paris, Editions de Santé.

DEPLAUDE Marc-Olivier, 2015, *La hantise du nombre. Une histoire des numerus clausus de médecine*, Paris, Belles Lettres, 408 p.

DHOS, ONDPS, 2008, « États généraux de l'organisation de la santé (EGOS), Synthèse des travaux des 2 journées nationale (8 février et 9 avril 2008) », Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

DIMAGGIO Paul, 1988, « Interests and agency in institutional theory », *in Institutional patterns and organizations*, Cambridge, Ballinger Publishing, p. 3-32.

DIMAGGIO Paul, **POWELL** Walter, 1983, « The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields », *American Sociological Review*, 48(2), p. 147-160.

DODDS Anneliese, 2012, *Comparative public policy*, London, Palgrave, 350 p.

DOURGNON Paul, **NAIDITCH** Michel, 2009, « The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of gate-keeping », *Health Policy*, 94(2), p. 129-134.

DREES, 2018, « Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? ».

DURKHEIM Emile, 1964 [1893], *The division of labour in society*, Glencoe, Free Press/Macmillan.

EISENSTADT Shmuel, 1980, « Cultural orientations, institutional entrepreneurs, and social change: Comparative analysis of traditional civilizations », *American Journal of Sociology*, 85(4), p. 840–869.

EPSTEIN Steven, 2007, *Inclusion: The politics of difference in medical research*, Chicago, University of Chicago Press, 427 p.

ESPING-ANDERSEN Gosta, 1990, *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton, Princeton University Press, 248 p.

EVETTS Julia, 2003, « The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world », *International Sociology*, 18(2), p. 395–415.

EVETTS Julia, 2011a, « A new professionalism? Challenges and opportunities », *Current Sociology*, 59(4), p. 406-422.

EVETTS Julia, 2011b, « New professionalism and New Public Management: changes and continuities », *Sociologie du travail*, 53(3), p. 334-340.

FAULCONBRIDGE James, **MUZIO** Daniel, 2008, « Organizational professionalism in globalizing law firms », *Work, Employment and Society*, 22(1), p. 7–25.

FAVEREAU Olivier, **LASCOUMES** Pierre, **MUSSELIN** Christine, **BERRIVIN** Renaud, 1996, « Introduction du numéro spécial "Contrats et pratiques contractuelles. Approches pluridisciplinaires" », *Sociologie du travail*, 38(4), p. 433-440.

FIELD Mark, 1973, « The concept of the "health system" at the macrosociological level », *Social Science & Medicine*, 7(10), p. 763–785.

FLIGSTEIN Neil, 2001, « Social skill and the theory of fields », *Sociological Theory*, 19(2), p. 105–125.

FLIGSTEIN Neil, **MCADAM** Doug, 2011, « Toward a general theory of strategic action fields », *Sociological Theory*, 29(1), p. 1–26.

FOUCAULT Michel, 1974, « La naissance de la médecine sociale », *in Dits et écrits, Tomme III*, Paris, Gallimard.

FOURNIER Cécile, 2015, *Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes*, Thèse de doctorat, Paris, Paris 11.

FOURNIER Cécile, **BOURGEOIS** Isabelle, **NAIDITCH** Michel, 2018, « Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires », *Questions d'économie de la santé*, 232.

FOURNIER Cécile, **FRATTINI** Marie-Odile, **NAIDITCH** Michel, 2014a, « Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé- Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) », *Questions d'économie de la santé*, 200.

FOURNIER Cécile, **FRATTINI** Marie-Odile, **NAIDITCH** Michel, 2014b, « Dynamiques et formes du travail pluri-professionnel dans les maisons et pôles de santé. », Rapport de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 557.

FRATTINI Marie-Odile, **FOURNIER** Cécile, **NAIDITCH** Michel, 2014, « Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé: recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR) », 557, Paris, IRDES.

FREIDSON Eliot, 1968, « Paramedical personnel », *Encyclopedia of the Social Sciences*.

FREIDSON Eliot, 1970a, *Profession of medicine : A study of the sociology of applied knowledge*, New York, Dodd, Mead & Co.

FREIDSON Eliot, 1970b, *Professional dominance: The social structure of medical care*, New York, Atherton Press, 242 p.

FREIDSON Eliot, 1975, *Doctoring together : A study of professional social control*, Chicago, The University of Chicago Press, 295 p.

FREIDSON Eliot, 1985, « The reorganization of the medical profession », *Medical Care Review*, 42(1), p. 11–35.

FREIDSON Eliot, 1993, « How dominant are the professions? », *in* New York, Oxford University Press, p. 54-66.

FREIDSON Eliot, 1994, *Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy*, Cambridge, Polity Press, 238 p.

FREIDSON Eliot, **RHEA** Buford, 1963, « Processes of control in a company of equals », *Social Problems*, 11, p. 119-131.

FRENK Julio, **DONABEDIAN** Avedis, 1987, « State intervention in medical care: Types, trends and variables », *Health Policy and Planning*, 2(1), p. 17–31.

FRESCHI Alexandre, **VIGIER** Philippe, 2018, « L'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et l'efficacité des politiques publiques mises en oeuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain », Rapport de l'Assemblée nationale.

FRIEDBERG Erhard, 1992, « Les quatre dimensions de l'action organisée », *Revue française de sociologie*, 33(4), p. 531-557.

FRIEDBERG Erhard, 1997, *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le Seuil.

GAY Renaud, 2014, « Les sciences de gestion au chevet de l'hôpital. L'enrôlement de chercheurs en gestion dans la réforme hospitalière (années 1970 – années 2000) », Communication dans le cadre du colloque du RT n°6 de l'Association Française de Sociologie, « Les usages de la sociologie des politiques sociales ».

GOULDNER Alvin, 1954, *Patterns of industrial bureaucracy. A case study of modern factory administration*, Glencoe, Free Press, 282 p.

GRANT Suzanne, **HUBY** Guro, **WATKINS** Francis, **CHECKLAND** Kath, **MCDONALD** Ruth, **DAVIES** Huw, **GUTHRIE** Bruce, 2009, « The impact of pay-for-performance on professional boundaries in UK general practice: An ethnographic study », *Sociology of Health & Illness*, 31(2), p. 229-245.

GREENWOOD Royston, **SUDDABY** Roy, 2006, « Institutional entrepreneurship in mature fields: The big five accounting firms », *Academy of Management Journal*, 49(1), p. 27–48.

GUSFIELD Joseph, 1981, *Drinking Driving and the symbolic order. The culture of public problems*, Chicago, The University of Chicago Press, 263 p.

HAFFERTY Frederic, **LIGHT** Donald, 1995, « Professional dynamics and the changing nature of medical work », *Journal of Health and Social Behavior*, p. 132–153.

HALL Peter, 1989, *The political power of economic ideas: Keynesianism across nations*, Princeton, Princeton University Press.

Hall Peter, 1993, « Policy paradigm, social learning and the State », *Comparative Politics*, 3(25), p. 275-296.

Hassenteufel Patrick, 1997, *Les médecins face à l'État : une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 367 p.

Hassenteufel Patrick, 1999, « Vers le déclin du “pouvoir médical” ? Un éclairage europeen : France, Allemagne, Grande-Bretagne », *Pouvoirs*, 89, p. 51–64.

Hassenteufel Patrick, 2008a, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 294 p.

Hassenteufel Patrick, 2008b, « Syndicalisme et médecine libérale : Le poids de l'histoire », *Les tribunes de la santé*, 1, p. 21–28.

Hassenteufel Patrick, 2010, « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », *in Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 403-418.

Hassenteufel Patrick, 2015, « La défense de la médecine libérale », *La vie des idées*.

Hassenteufel Patrick, 2019, « Les syndicats de médecins entre défense et dépassement de la médecine libérale », *Les tribunes de la santé*, 1, p. 21–33.

Hassenteufel Patrick, **Genieys** William, **Smyrl** Marc, 2008, « Reforming European Health Care States: Programmatic actors and policy change », *Pôle Sud*, 1, p. 87–107.

Hassenteufel Patrick, **Palier** Bruno, 2007, « Towards neo-Bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare systems », *Social Policy & Administration*, 41(6), p. 574–596.

Hassenteufel Patrick, **Schweyer** François-Xavier, **Gerlinger** Thomas, **Reiter** Renate, 2020, « Les "déserts médicaux" comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 33–56.

Haug Marie, 1972, « Deprofessionalization: An alternate hypothesis for the future », *The Sociological Review*, 20 (suppl. 1), p. 195–211.

Haug Marie, 1988, « A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization », *The Milbank Quarterly*, 66(2), p. 48-56.

Haute Autorite de Sante, 2007, « Rapport du groupe de travail présidé par Mireille Elbaum : “Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé” ».

Haute Autorite de Sante, **Observatoire national de la demographie des professions de sante**, 2008, « Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? »

HCAAM, 2004, « Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie pour 2004 ».

HCAAM, 2007, « Rapport du Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie pour 2007 ».

HILGARTNER Stephen, **BOSK** Charles, 1988, « The rise and fall of social problems: A public arenas model », *American Journal of Sociology*, 94(1), p. 53–78.

HOOD Christopher, 1986, *The tools of government*, Chatham, Chatham House, 178 p.

HOOD Christopher, 1991, « A public management for all seasons? », *Public Administration*, 69(1), p. 3–19.

HUARD Pierre, **SCHALLER** Philippe, 2011, « Innovation organisationnelle et prise en charge des maladies chroniques. 1. La coopération entre partenaires distants », *Pratiques et organisation des soins*, 42(2), p. 111-118.

HUGHES David, 1988, « When nurse knows best: Some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department », *Sociology of Health and Illness*, 10(1), p. 1-22.

HUGHES Everett C., 1996, *Le regard sociologique*, Paris, Presses de l'EHESS.

HUGHES Everett, **CHAPOULIE** Jean-Michel, 1996, *Le regard sociologique: essais choisis. Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie*, Paris, Editions de l'EHESS, Recherches d'histoire et de sciences sociales, 344 p.

HUTCHISON Brian, **LEVESQUE** Jean-Frédéric, **STRUMPF** Erin, **COYLE** Natalie, 2011, « Primary health care in Canada: Systems in motion », *The Milbank Quarterly*, 89(2), p. 256–288.

ISETT Kimberley R., **GLIED** Sherry AM, **SPARER** Michael S., **BROWN** Lawrence D., 2013, « When change becomes transformation: A case study of change management in Medicaid offices in New York City », *Public Management Review*, 15(1), p. 1–17.

JERMIER John, **SLOCUM JR** John, **FRY** Louis, **GAINES** Jeannie, 1991, « Organizational subcultures in a soft bureaucracy: Resistance behind the myth and facade of an official culture », *Organization Science*, 2(2), p. 170–194.

JOBERT Bruno, 1992, « Représentations sociales controverses et débats dans la conduite des politiques publiques », *Revue française de science politique*, 42(2), p. 219–234.

JOBERT Bruno, **MULLER** Pierre, 1987, *L'État en action : politiques publiques et corporatismes*, Paris, Presses Universitaires de France.

JOUVENET Morgan, **DEMAZIERE** Didier, **ABBOTT** Andrew, 2016, « Dans les yeux des autres », *in Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*, Paris, Editions de l'EHESS, 490 p.

JUILHARD Jean-Marc, 2007, Rapport de la commision "Affaires sociales", « Offre de soins : Comment réduire la fracture territoriale ? Synthèse du rapport », Sénat.

JUVEN Pierre-André, 2014, *Une santé qui compte ? Coûts et tarifs dans la politique hospitalière française*, Thèse de doctorat, Paris, ENMP.

Juven Pierre-André, 2018, « “Des trucs qui rapportent” : enquête ethnographique autour des processus de capitalisation à l'hôpital public », *Anthropologie & santé*, 16, p. 1-23.

Juven Pierre-André, **Pierru** Frédéric, **Vincent** Fanny, 2019, *La casse du siècle: à propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir, 185 p.

Kellogg Katherine, 2009, « Operating room: Relational spaces and microinstitutional change in surgery », *American Journal of Sociology*, 115(3), p. 657–711.

Kingdon John, 1984, *Agendas, alternatives, and public policies*, Boston, Mass, Little, Brown.

Lanier David, **Roland** Martin, **Burstin** Helen, **Knottnerus** J. André, 2003, « Doctor performance and public accountability », *The Lancet*, 362(9393), p. 1404–1408.

Lascoumes Pierre, **Le Gales** Patrick, 2005, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 370 p.

Lascoumes Pierre, **Le Gales** Patrick, 2012, *Sociologie de l'action publique : Domaines et approches*, Paris, Armand Colin.

Latour Bruno, 1984, *Les microbes. Irréductions : guerre et paix*, Paris, Anne-Marie Métaillé.

Lawrence Thomas, **Suddaby** Roy, 2006, « Institutions and organizations », *in The Sage handbook of organization studies*, London, Sage, p. 215-254.

Lazega Emmanuel, 1999, « Le phénomène collégial : une théorie structurale de l'action collective entre pairs », *Revue française de sociologie*, 40(4), p. 639–670.

Lazega Emmanuel, **Wattebled** Olivier, 2010, « Deux définitions de la collégialité et leur articulation : le cas d'un diocèse catholique », *Sociologie du travail*, 52(4), p. 480-502.

Le Bianic Thomas, 2011, « Les bureaucraties professionnelles face à la nouvelle gestion publique : Déclin ou nouveau souffle ? », *Sociologie du travail*, 53(3), p. 305-313.

Le Lidec Patrick, 2007, « Le jeu du compromis : l'Etat et les collectivités territoriales dans la décentralisation en France », *Revue française d'administration publique*, 1, p. 111–130.

Legendre Blandine, 2020, « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population », *DREES, Etudes et Résultats*, 1144.

Legendre Blandine, **Aberki** Clémence, **Chaput** Hélène, 2019, « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : L'accessibilité s'améliore malgré des inégalités », *DREES, Etudes et Résultats*, 1100.

Levay Charlotta, **Waks** Caroline, 2009, « Professions and the pursuit of transparency in healthcare: Two cases of soft autonomy », *Organization Studies*, 30(5), p. 509-527.

Light Donald, 2001, « Managed competition, governmentality and institutional response in the United Kingdom », *Social Science & Medicine*, 52(8), p. 1167-1181.

LINDER Stephen, **PETERS** B. Guy, 1989, « Instruments of government: Perceptions and contexts », *Journal of Public Policy*, 9(1), p. 35–58.

LIPSKY Michael, 1980, *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*, New-York, Russell Sage Foundation, 244 p.

MACINKO James, **STARFIELD** Barbara, **SHI** Leiyu, 2003, « The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998 », *Health Services Research*, 38(3), p. 831-865.

MARCH James, 1988, « Introduction: A chronicle of speculations about decision-making in organizations », *in Decisions and organizations*, Oxford, Basic Blackwell.

MARCH James, **SIMON** Herbert, 1958, *Organizations*, Cambridge, Blackwell.

MAS Bertrand, **PIERRU** Frédéric, **SMOLSKI** Nicole, **TORRIELLI** Richard, 2011, *L'hôpital en réanimation. Le sacrifice organisé d'un service public emblématique*, Paris, Éditions du Croquant, 366 p.

MAUREY Hervé, 2013, « Rapport de la commission du "Développement durable" : Déserts médicaux : agir vraiment », Sénat.

MCDONALD Ruth, **CHECKLAND** Kath, **HARRISON** Stephen, **COLEMAN** Anna, 2009, « Rethinking collegiality: Restratification in English general medical practice 2004–2008 », *Social Science & Medicine*, 68(7), p. 1199-1205.

MCDONALD Ruth, **WARING** Justin, **HARRISON** Stephen, **WALSHE** Kieran, **BOADEN** Ruth, 2005, « Rules and guidelines in clinical practice: A qualitative study in operating theatres of doctors' and nurses' views », *Quality & Safety in Health Care*, 14(4), p. 290-294.

MERRIEN François-Xavier, 1999, « La nouvelle gestion publique : un concept mythique », *Lien social et Politiques*, 41, p. 95–103.

MERTON Robert, **READER** George, **KENDALL** Patricia, 1957, *The student physician: Introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge, Harvard University Press.

MESNEL Blandine, 2017, « Les agriculteurs face à la paperasse : policy feedbacks et bureaucratisation de la politique agricole commune », *Gouvernement et action publique*, 1(1), p. 33-60.

MEYER John, **ROWAN** Brian, 1977, « Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony », *American Journal of Sociology*, 83(2), p. 340–363.

MINES PARISTECH, 2015, « Les déserts médicaux, Cartographie d'une controverse », *Controverses - Mines ParisTech*.

MINO Jean-Christophe, **ROBELET** Magali, 2010, « Coordonnateur, référent, assistant... des fonctions de plus en plus visibles », *Actualité et dossier en santé publique*, Dossier « Evolution des métiers de la santé. Coopération entre professionnels », p. 22-23.

MOISDON Jean-Claude, 2000, « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du travail*, 42(1), p. 31-49.

MONJARDET Dominique, 1987, « Compétence et qualification comme principes d'analyse de l'action policière », *Sociologie du travail*, 87(1), p. 47–58.

MOURGUES Jean-Marcel, 2018, « Atlas de la démographie médicale en France », Conseil National de l'Ordre des Médecins.

MOUSQUES Julien, 2011, « Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? », *Revue française des affaires sociales*, 1(2), p. 253–275.

MOUSQUES Julien, 2015, « L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses.Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) », *Questions d'économie de la santé*, 210.

MOUSQUES Julien, **DANIEL** Fabien, 2015, « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes », *Questions d'économie de la santé*, 211.

MOYAL Anne, 2019, « Rationalisation des pratiques professionnelles en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes », *Revue française de science politique*, 69(5-6), p. 821–843.

MOYAL Anne, 2020, « L'exercice pluriprofessionnel en MSP : une division du travail sous contrôle médical », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 103–123.

MOYNIHAN Donald, **HERD** Pamela, **HARVEY** Hope, 2015, « Administrative burden: Learning, psychological, and compliance costs in citizen-state interactions », *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25(1), p. 43–69.

MULLER Pierre, 1995, « Les politiques publiques comme construction d'un rapport au monde », *in La construction du sens dans les politiques publiques : Débats autour de la notion de référentiel*, Paris, L'Harmattan, p. 153-179.

MULLER Pierre, 2018, *Les politiques publiques*, Paris, Presses Universitaires de France.

MUSSELIN Christine, 2001, *La longue marche des universités françaises*, Paris, Presses Universitaires de France, 218 p.

NAY Olivier, **BÉJEAN** Sophie, **BENAMOUZIG** Daniel, **BERGERON** Henri, **CASTEL** Patrick, **VENTELOU** Bruno, 2016, « Achieving universal health coverage in France: Policy reforms and the challenge of inequalities », *The Lancet*, 387, p. 2236–2249.

NAY Olivier, **SMITH** Andy, 2002, « Les intermédiaires en politique. Médiations et jeux d'institution », *in* Paris, Économica, p. 47-86.

NOORDEGRAAF Mirko, 2007, « From "pure" to "hybrid" professionalism: Present-day professionalism in ambiguous public domains », *Administration & Society*, 39(6), p. 761-785.

NOORDEGRAAF Mirko, 2011, « Risky business: How professionals and professional fields (must) deal with organizational issues », *Organization Studies*, 32(10), p. 1349–1371.

NORMAND Romuald, 2011, « La profession enseignante à l'épreuve du nouveau management public : la réforme anglaise de la Troisième Voie », *Sociologie du travail*, 53(3), p. 321-327.

NORTH Nancy, **PECKHAM** Stephen, 2001, « Analysing structural interests in primary care groups », *Social Policy and Administration*, 35(4), p. 426-440.

NOUGUEZ Étienne, 2017, *Des médicaments à tout prix: sociologie des génériques en France*, Paris, Presses de Sciences Po, 298 p.

NUMERATO Dino, **SALVATORE** Domenico, **FATTORE** Giovanni, 2012, « The impact of management on medical professionalism: A review », *Sociology of Health & Illness*, 34(4), p. 626-644.

OCDE, 2019, « Panorama de la santé 2019, Les indicateurs de l'OCDE », Organisation de Coopération et de Développement Économiques.

OECD, 1987, « Financing and delivering health care: a comparative analysis of OECD countries », Paris, Organization for Economic Co-operation and Development.

OMS, 1978, « Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires », Organisation Mondiale de la Santé.

OMS, 2000, « Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant », Organisation Mondiale de la Santé.

ONDPS, 2005, « Démographie médicale », Observatoire national de la démographie des professions de santé.

PADGETT John, **POWELL** Walter, 2012, *The emergence of organizations and markets*, Princeton University Press.

PALIER Bruno, 2004, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 128 p.

PARADEISE Catherine, 2011, « La profession académique saisie par la nouvelle gestion publique : le cas français », *Sociologie du travail*, 53(3), p. 313-321.

PARSONS Talcott, 1939, « The professions and social structures », *Social Forces*, 17(4), p. 457-467.

PARSONS Talcott, 1951, *The social system*, London, Routledge and Kegan Paul Free Press, 757 p.

PARSONS Talcott, 1969, *Politics and social structure*, New York, The Free Press, 557 p.

PARSONS Talcott, 1971, *The system of modern societies*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 152 p.

PARSONS Talcott, **PLATT** Gerald M., 1973, *The American university*, Cambridge, Harvard University Press, 463 p.

PICKARD Susan, 2009, « The professionalization of general practitioners with a special interest: Rationalization, restratification and governmentality », *Sociology*, 43(2), p. 250–267.

PIERRU Frédéric, 1999, « L'"hôpital-entreprise" : une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, 12(46), p. 7–47.

PIERRU Frédéric, 2007a, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauge, Editions du Croquant, 319 p.

PIERRU Frédéric, 2007b, « Un mythe bien fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », *Les tribunes de la santé*, 1, p. 73–83.

PIERRU Frédéric, 2010, « Napoléon au pays du New Public Management », *Savoir/Agir*, 1, p. 29–37.

PIERRU Frédéric, 2011, « Budgétiser l'assurance maladie. Heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale (1976-2010) », *in Gouverner (par) les finances publiques*, Presses de Sciences Po, Sciences Po Gouvernances, p. 395-449.

PIERRU Frédéric, 2012a, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 194(4), p. 32–51.

PIERRU Frédéric, 2012b, « La santé en fusion. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel » **Castaing** Cécile (dir.), *La territorialisation des politiques de santé. Actes de la journée d'étude organisée par le Centre d'étude et de recherche sur le droit administratif et la réforme de l'État de l'Université Montesquieu Bordeaux IV*, p. 77-108.

PIERRU Frédéric, 2013, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisation néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », *in La bureaucratisation néolibérale*, Paris, La Découverte, p. 203-230.

PINELL Patrice, **STEFFEN** Monika, 1994, « Les médecins français : genèse historique d'une profession divisée », *Espace social européen*, 258, p. 41–55.

POLLITT Christopher, 1990, *Managerialism and the public services: The Anglo-American experience*, Oxford, Blackwell.

POLTON Dominique, 2002, « Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Délégation à l'Aménagement du Territoire et de l'Action régionale, Centre de recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé.

PORTER Sam, 1991, « A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital », *Journal of Advanced Nursing*, 16(6), p. 728-735.

PORTER Sam, 1995, *Nursing's relationship with medicine: A critical realist ethnography*, Avebury.

RAY Marine, **BOURGUEIL** Yann, **SICOTTE** Claude, 2020, « Les maisons de santé pluriprofessionnelles: un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 57–77.

REAY Trish, **HININGS** C.R., 2009, « Managing the rivalry of competing institutional logics », *Organization Studies*, 30(6), p. 629-652.

REIBLING Nadine, **WENDT** Claus, 2012, « Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems », *Current Sociology*, 60(4), p. 489–505.

RITZER George, **WALCZAK** David, 1988, « Rationalization and the deprofessionalization of physicians », *Social Forces*, 67(1), p. 1-22.

ROBELET Magali, 2001, « La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité », *Sciences sociales et santé*, 19(2), p. 73-98.

ROBELET Magali, 2002, *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, Thèse de doctorat, Aix-Marseille 2.

ROBELET Magali, 2008, « Les médecins, l'État et la politique des réseaux de santé en France », *in Action publique et légitimité professionnelle*, LGDJ, p. 59-71.

ROBELET Magali, **SERRE** Marina, **BOURGUEIL** Yann, 2005, « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 231-260.

ROCARD Michel, 1985, *A l'épreuve de faits. Textes politiques (1979-1985)*, Paris, Le Seuil.

ROTHGANG Heinz, **CACACE** Mirella, **GRIMMEISEN** Simone, **WENDT** Claus, 2005, « The changing role of the state in healthcare systems », *European Review*, 13(1), p. 187-212.

SABATIER Paul A., **JENKINS-SMITH** Hank C., 1993, *Policy change and learning : An advocacy coalition approach*, Boulder, Westview Press.

SALAMON Lester, 1989, *Beyond privatisation. The tools of governement action*, Washington, Urban Institute.

SALAMON Lester, 2002, *The tools of government: A guide to the new governance*, New York, Oxford University Press.

SALTER Brian, 2007, « Governing UK medical performance: A struggle for policy dominance », *Health Policy*, 82(3), p. 263–275.

SARRADON-ECK Aline, 2010, « "Qui mieux que nous ?" Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins », *in Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 253-270.

SCHLESINGER Mark, **GRAY** Bradford, **PERREIRA** Krista, 1997, « Medical professionalism under managed care: The pros and cons of utilization review », *Health Affairs*, 16(1), p. 106–124.

SCHWEYER François-Xavier, 1996, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, 14(3), p. 67-102.

SCHWEYER François-Xavier, 2005, « Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils », *Sociologies pratiques*, 11(2), p. 89-104.

SCHWEYER François-Xavier, 2010, « L'outil qui cache la réforme : les généraliste dans les réseaux de santé », *in Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 283-305.

SCHWEYER François-Xavier, 2016, « Inventer et apprendre un nouveau métier ? Les médecins généralistes dans des maisons de santé », *in Intervenir en première ligne*, Paris, L'Harmattan, p. 39-60.

SCHWEYER François-Xavier, 2019a, « Les politiques territoriales de régulation de l'offre de soins primaires : une comparaison France-Allemagne », *in Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ?*, Paris, Sciences Po, p. 60-67.

SCHWEYER François-Xavier, 2019b, « Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 1, p. 33–53.

SCHWEYER François-Xavier, **VEZINAT** Nadège, 2019, « Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux », *Journal de gestion et d'économie de la sante*, 1, p. 3–10.

SCOTT Richard, 2000, *Institutional change and healthcare organizations: From professional dominance to managed care*, Chicago, University of Chicago Press, 427 p.

SECHET Raymonde, **VASILCU** Despina, 2012, « Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice », *Norois*, 223, p. 63–76.

SHEAFF Rod, **ROGERS** Anne, **PICKARD** Susan, **MARSHALL** Martin, **CAMPBELL** Stephen, **SIBBALD** Bonnie, **HALLIWELL** Shirley, **ROLAND** Martin, 2003, « A subtle governance: 'Soft'medical leadership in English primary care », *Sociology of Health & Illness*, 25(5), p. 408–428.

SHEAFF Rod, **SMITH** Keri, **DICKSON** Marny, 2002, « Is GP restratification beginning in England? », *Social Policy & Administration*, 36(7), p. 765-779.

SIMON Herbert, 1947, *Administrative behavior*, New York, The Free Press.

SNOW David, **ROCHFORD JR** E. Burke, **WORDEN** Steven, **BENFORD** Robert, 1986, « Frame alignment processes, micromobilization, and movement participation », *American Sociological Review*, p. 464–481.

Spector Malcolm, **Kitsuse** John, 1973, « Social problems: A re-formulation », *Social Problems*, 21(2), p. 145–159.

SPPIR, 2019, « Développer la recherche dans le domaine des soins primaires : quelles questions ? Quelles approches ? », Actes du séminaire de travail multidisciplinaire et interprofessionnel des jeudi 11 et vendredi 12 janvier 2018.

Star Susan Leigh, **Griesemer** James, 1989, « Institutional ecology,translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39 », *Social Studies of Science*, 19(3), p. 387–420.

Starfield Barbara, 1994, « Is primary care essential? », *The Lancet*, 344(8930), p. 1129-1133.

Starfield Barbara, **Shi** Leiyu, 2002, « Policy relevant determinants of health: An international perspective », *Health policy*, 60(3), p. 201–218.

Stark David, 1996, « Recombinant property in East European capitalism », *American Journal of Sociology*, 101(4), p. 993–1027.

Starr Paul, 1982, *The social transformation of American medicine*, New York, Basic Books.

Steffen Monika, 1983, *Régulation politique et stratégies professionnelles : médecine libérale et émergence des centres de santé*, Thèse de doctorat, Grenoble, Université des sciences sociales de Grenoble.

Stein Leonard, 1967, « The doctor-nurse game », *Archives of General Psychiatry*, 16(6), p. 699–703.

Stoeckle John, 1988, « Reflections on modern doctoring. », *The Milbank Quarterly*, 66, p. 76–91.

Strauss Anselm, **Schatzman** Leonard, **Ehrlich** Danuta, **Bucher** Rue, **Sabshin** Melvin, 1963, « The hospital and its negotiated order », *in The hospital in modern society*, New York, Free Press, p. 147-169.

Suddaby Roy, **Greenwood** Royston, 2001, « Colonizing knowledge: Commodification as a dynamic of jurisdictional expansion in professional service firms », *Human Relations*, 54(7), p. 933–953.

Svensson Roland, 1996, « The interplay between doctors and nurses: A negotiated order perspective », *Sociology of Health and Illness*, 18(3), p. 379-398.

Tabuteau Didier, 2013, *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob.

Timmermans Stefan, **Berg** Marc, 1997, « Standardization in action: Achieving local universality through medical protocols », *Social Studies of Science*, 27(2), p. 273-305.

TORRE Andr, **GILLY** Jean-Pierre, 2000, « On the analytical dimension of proximity dynamics », *Regional Studies*, 34(2), p. 169-180.

URML ILE-DE-FRANCE, **MOURIES** Régis, 2007, « L'épuisement professionnel des médecins libéraux franiciliens : témoignages, analyse et perspectives ».

URML POITOU-CHARENTES, **DANIELLOU** François, **DAVEZIES** Philippe, 2004, « L'épuisement professionnel des médecins généralistes : une étude compréhensive en Poitou-Charentes ».

VERAN Olivier, 2013, « Des bacs à sable aux déserts médicaux ? Construction sociale d'un problème public », *Les tribunes de la santé*, 39(2), p. 77-85.

VERGIER Noémie, **CHAPUT** Hélène, **LEFEBVRE-HOANG** Ingrid, 2017, « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », 17, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

VEZINAT Nadège, 2019, *Vers une médecine collaborative : politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, Paris, Presses Universitaires de France, 232 p.

VEZINAT Nadège, 2020, « La promotion conjointe des maisons de santé pluriprofessionnelles: une "communauté d'intérêt" entre association professionnelle et autorités sanitaires », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 79–101.

VOLLMER Howard, **MILLS** Donald, 1966, *Professionalization*, Englewodd Cliffe, Prentice-Hall, 392 p.

WADMANN Sarah, **HOLM-PETERSEN** Christina, **LEVAY** Charlotta, 2018, « "We don't like the rules and still we keep seeking new ones": The vicious circle of quality control in professional organizations », *Journal of Professions and Organization*, 6(1), p. 17-32.

WARING Justin, **CURRIE** Graeme, 2009, « Managing expert knowledge: Organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession », *Organization Studies*, 30(7), p. 755-778.

WATERS Malcolm, 1989, « Collegiality, bureaucratization, and professionalization: A Weberian analysis », *American Journal of Sociology*, 94(5), p. 945–972.

WATERS Malcolm, 1993, « Alternative organizational formations: A neoweberian typology of polycratic administrative systems », *The Sociological Review*, 41(1), p. 54–81.

WEBER Max, 1978 [1922], *Economy and society: An outline of interpretive sociology*, Berkeley, University of California Press.

WEISZ George, **CAMBROSIO** Alberto, **KEATING** Peter, **KNAAPEN** Loes, **SCHLICH** Thomas, **TOURNAY** Virginie, 2007, « The emergence of clinical practice guidelines », *The Milbank Quarterly*, 85(4), p. 691-727.

WENDT Claus, 2009, « Mapping European healthcare systems: A comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare », *Journal of European Social Policy*, 19(5), p. 432–445.

YULK Gary, 1989, « Managerial leadership: A review of theory and research », *Journal of Management*, 15(2), p. 251-289.

ZONABEND Françoise, 1994, « De l'objet et de sa restitution en anthropologie », *Gradhiva*, 16, p. 3–14.

Annexes

1) Sigles utilisés

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

ANS : Agence du Numérique en Santé

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux de France

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération

ESP : Équipe de Soins Primaires

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Loi dite « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires)

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé

FFMPS : Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé (devenue AVEC Santé : AVenir des Équipes Coordonnées en Santé)

FFMKR : Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FMF : Fédération des Médecins de France

FNI : Fédération Nationale des Infirmiers

FSP : Fédération des Soins Primaires

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MG France : Médecine Générale France

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

SNIIL : Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d’Officine

NB : Les sigles des autres syndicats évoqués dans cette thèse sont précisés en note de bas de page (nous n’avons rappelé ici que ceux cités à plusieurs reprises).

2) Entretiens réalisés

Principes d'anonymat

Étant donné les fonctions et l'exposition médiatique et politique des acteurs interrogés dans le volet de l'enquête sur l'émergence des MSP (notamment les représentants syndicaux), nous avons fait le choix de ne pas les rendre anonymes dans le premier chapitre et leur avons demandé leur accord pour citer leurs noms. Un lecteur initié les aurait d'ailleurs identifiés sans difficulté.

En revanche, nous avons veillé à garantir l'anonymat des professionnels rencontrés en MSP ainsi que leurs interlocuteurs divers au niveau local, certains en ayant d'ailleurs spontanément fait la demande. Pour ce faire, nous avons choisi de manière arbitraire le masculin pour désigner tous les professionnels interrogés (la très faible proportion d'hommes dans certaines professions, notamment paramédicales, ou même dans certaines MSP, aurait en effet représenté un risque pour les quelques hommes interviewés d'être reconnus). Une exception est toutefois à noter : concernant les sages-femmes, nous avons en effet choisi de garder le féminin car la désignation légale de ces professionnels (dans le Code de la santé publique) est elle-même au féminin, et car toutes les professionnelles rencontrées sur le terrain étaient des femmes.

Entretiens relatifs à la construction du problème des « *déserts médicaux* » et à l'émergence des MSP

<u>NB</u> :

** Nous précisons dans le tableau suivant les fonctions des acteurs au moment de nos entretiens, certains ayant depuis quitté ces fonctions.*

*** Parmi ceux que nous appelons « observateurs » du système de santé, nous identifions des chercheurs sur le système de santé ainsi que des professionnels de santé et des consultants ayant publié des analyses ou des rapports sur le système de santé.*

NOM Prénom	Organisation	Fonction*	Date	Lieu / modalités
Représentants professionnels, n = 14				
BATTISTONI Jacques	MG France	Médecin généraliste Président	19.07.2018	Locaux de MG France, Paris
BOUZIGE Brigitte	USPO	Pharmacienne Vice-présidente	08.09.2018	Par téléphone
DE HAAS Pierre	FFMPS	Médecin généraliste Président	26.01.2018	

GENDRY Pascal		Médecin généraliste Président		Locaux de Sciences Po, Paris Entretien collectif au moment du changement de présidence
DUQUESNEL Luc	Les Généralistes-CSMF	Médecin généraliste Président de la branche « Les Généralistes »	30.05.2018	Locaux de la CSMF, Paris
Anonyme	SNIIL	Infirmière Représentante	20.09.2018	Locaux du SNIIL, Paris
MARISSAL Philippe	FSP	Médecin généraliste Président	31.01.2018	Locaux de MG France, Paris
Anonyme	FFMKR	Masseur-kinésithérapeute Représentant	24.07.2018	Par téléphone
SERIN Michel	FFMPS	Médecin généraliste Co-fondateur	15.02.2018	Locaux de Sciences Po, Paris
Anonyme	CNOM	Médecins de la section « exercice professionnel »	29.11.2017	Locaux du CNOM, Paris
Anonyme				
Anonyme		Juriste		
TISSERAND Philippe	FNI	Infirmier Président	23.10.2018	Locaux de la FNI, Paris
Anonyme	FSPF	Pharmacienne Représentante	12.09.2018	Par téléphone
Représentants de l'administration sanitaire, n = 6				
Anonyme	DGOS	Proche de la direction	26.06.2016	Locaux de la DGOS, Paris
Anonyme	DGOS	Proche de la direction	28.03.2017	Locaux de la DGOS, Paris
Anonyme	/	Ancien membre de la Direction de la Sécurité Sociale	19.12.2017	Locaux de la DSS, Paris
Anonyme	/	Ancien membre de la MiRe[1]	23.03.2016	Par téléphone
Anonyme	ARS Ile-de-France	Chargé de mission	09.05.2016	Locaux de l'ARS, Paris
Anonyme	ARS Ile-de-France	Chargé de mission	22.03.2017	Locaux de l'ARS, Paris
Observateurs du système de santé, n = 9**				
BOURGEOIS Isabelle	Icone Médiation Santé (Cabinet d'étude en santé publique)	Sociologue Consultante	Plusieurs discussions informelles non enregistrées	Divers
DEPINOY Dominique	Acsantis (Cabinet d'étude spécialisé	Médecin généraliste Fondateur du cabinet	Entretien formel le 26.07.2016	Divers

[1] Mission recherche de la DREES.

	dans l'organisation du système de santé)		Plusieurs discussions informelles non enregistrées	
DURAND Gérard	Icone Médiation Santé	Médecin de santé publique Fondateur du cabinet	10.02.2016	Lieu public, Paris
FOURNIER Cécile	IRDES	Sociologue	Plusieurs discussions informelles non enregistrées	Divers
MOUSQUÈS Julien	IRDES	Économiste	Plusieurs discussions informelles non enregistrées	Divers
NAIDITCH Michel	IRDES	Médecin de santé publique	Juillet 2019, discussion informelle non enregistrée	Lieu public, New York
PISSARO Bernard	Institut Renaudot[1]	Médecins pédiatre Administrateur	12.04.2016	Locaux de l'Institut Renaudot, Paris
SCHOENE Marc	Institut Renaudot	Administrateur, président d'honneur	11.03.2016	Locaux de l'Institut Renaudot, Paris
VALLANCIEN Guy	/	Médecin urologue Membre de l'Académie nationale de médecine Ancien chargé de mission auprès de plusieurs ministres de la santé	19.01.2018	Par téléphone
Total	**Nombre total de personnes interviewées : n = 30**			

Entretiens relatifs aux six projets de MSP

	Acteurs interviewés	**Date, lieu, modalités d'entretien**
MSP 1	**Professionnels de santé (et personnel) de la MSP, n = 9**	
	4 médecins généralistes 1 infirmier 1 orthophoniste 1 diététicien 1 psychologue	Entretiens individuels sur site pendant la semaine du 07.11.2016 Entretiens complémentaires avec le médecin porteur de projet lors de la première prise de contact par téléphone en septembre 2016, lors des journées organisées par la

[1] L'institut Renaudot est une association qui a pour mission la promotion de la santé à travers des démarches communautaires (https://www.institut-renaudot.fr/pages/qui.html).

	1 coordinateur externe	FFMPS en mars 2018 et à l'occasion de la restitution des résultats sur site en décembre 2019
	Partenaires de la MSP, n = 4	
	Maire de la commune	23.01.2017, locaux de la mairie
	Chargé de mission de l'ARS	08.03.2017, locaux de l'ARS
	Chargé de mission au Conseil départemental	01.12.2016, locaux du Conseil départemental
	Consultant du cabinet B	07.02.2017, locaux du cabinet B
MSP 2	**Professionnels de santé (et personnel) de la MSP, n = 11**	
	6 médecins généralistes (dont 1 remplaçant) 1 infirmier Asalée 1 masseur-kinésithérapeute 1 chirurgien-dentiste 1orthophoniste 1 psychologue	Entretiens individuels sur site pendant la semaine du 12.12.2016 Entretien complémentaire avec le médecin porteur de projet à l'occasion de la restitution des résultats sur site en octobre 2018
	Partenaires de la MSP, n = 6	
	2 chargés de mission de l'ARS	20.02.2017, locaux de l'ARS, entretien collectif
	2 chargés de mission de la CPAM	05.11.2018, entretien collectif par téléphone
	2 consultants du cabinet A	14.02.2017, locaux du cabinet A
MSP 3	**Professionnels de santé (et personnel) de la MSP, n = 9**	
	4 médecins généralistes 3 infirmiers 1 sage-femme 1 masseur-kinésithérapeute	Entretiens individuels sur site pendant la semaine du 06.12.2016 Entretien complémentaire par téléphone avec le médecin porteur de projet par téléphone, le 05.09.2018
	Partenaires de la MSP, n = 4	
	2 chargés de missions de l'ARS	20.02.2017, locaux de l'ARS, entretien collectif (même entretien que pour la MPS 2, cette ARS étant en relation avec ces deux structures)
	Chargé de mission de la CPAM	15.07.2017, par téléphone
	Consultant du cabinet A	07.12.2016, par téléphone
MSP 4	**Professionnels de santé (et personnel) de la MSP, n = 32**	
	9 médecins généralistes 1 interne en médecine 17 infirmiers (dont 3 Asalée) 2 sages-femmes 1 masseur-kinésithérapeute 2 pédicures-podologues	Entretiens individuels sur site pendant la semaine du 22.01.2018 Entretien complémentaire avec l'un des médecins porteurs de projet lors de la première prise de contact par téléphone en octobre 2017.
	Partenaires de la MSP, n = 2	
	Chargé de mission de l'ARS	13.02.2018, par téléphone
	Consultant du Cabinet B	22.01.2020, dans un café
MSP 5	**Professionnels de santé (et personnel) de la MSP, n = 20**	
	6 médecins généralistes 1 ophtalmologue 6 infirmiers 3 orthophonistes 1 orthoptiste 1 pédicure-podologue 1 diététicien 1 psychologue	Entretiens individuels sur site pendant la semaine du 19.03.2018 Entretien collectif complémentaire avec deux professionnels coordinateurs de la structure à l'occasion de la restitution des résultats sur site en décembre 2018
	Partenaires de la MSP, n = 8	
	2 chargés de mission de l'ARS	17.04.2018 et 29.06.2018, par téléphone
	Chargé de mission de la CPAM	24.05.2018, par téléphone
	Directrice d'une collectivité porteuse du CLIC et de la MAIA	19.03.2018, entretien collectif dans les locaux de la MSP

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td>Coordinatrice du CLIC</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Pilote MAIA</td></tr>
<tr><td></td><td>2 responsables d’un SSIAD</td><td>19.03.2018</td></tr>
<tr><td rowspan="11">MSP 6</td><td colspan="2">Professionnels de santé (et personnel) de la MSP, n = 16</td></tr>
<tr><td>5 médecins généralistes
2 internes en médecine
2 infirmiers
1 masseur-kinésithérapeute
1 chirurgien-dentiste
1 pédicure podologue
1 pharmacien
3 secrétaires médicales</td><td>Entretiens individuels sur site pendant la semaine du 26.03.2018
Entretien complémentaire avec le médecin porteur de projet à l’occasion de la restitution des résultats sur site en décembre 2018.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Partenaires de la MSP, n = 7</td></tr>
<tr><td>Maire de la commune d’implantation de la MSP</td><td rowspan="2">Entretien collectif, 30.03.2018, dans la MSP</td></tr>
<tr><td>Maire d’une commune voisine et ancien président de la communauté de communes d’implantation de la MSP</td></tr>
<tr><td>Vice-président des affaires sociales de la communauté de communes</td><td rowspan="3">Entretien collectif, 27.03.2018, dans les locaux de la communauté de communes</td></tr>
<tr><td>Directeur des affaires sociales de la communauté de communes</td></tr>
<tr><td>Chargé de mission CLS</td></tr>
<tr><td>Chargé de mission de l’ARS</td><td>17.04.2018, par téléphone</td></tr>
<tr><td>Chargé de mission au Conseil départemental</td><td>30.03.2018, locaux du Conseil départemental</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Total</td><td colspan="2">Nombre total de professionnels interviewés : n = 97</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nombre total de partenaires interviewés : n = 31</td></tr>
</table>

3) Exemple de guide d’entretien

Guide d’entretien générique pour les professionnels de santé

Thèmes couverts	**Informations recueillies / exemples de questions**
Trajectoire de l’interviewé	Formation, date de la première installation, précédents lieux et types d’exercice (secteur hospitalier / ambulatoire, cabinet seul / de groupe, monoprofessionnel / pluriprofessionnel), engagements professionnels et politiques (activité syndicale ou dans une autre institution représentative, poste universitaire…)
Installation en MSP	Pourquoi avez-vous décidé de vous installer en MSP ? Qu’attendiez-vous de ce mode d’exercice ?
Impact de l’exercice en MSP sur les pratiques professionnelles	En quoi consiste votre travail au quotidien en MSP ? Quelles différences voyez-vous avec votre précédant mode d’exercice (le cas échéant) ? Qu’est-ce qui vous plaît / déplaît dans votre exercice en MSP ? Avez-vous mis en place des réunions de concertation pluriprofessionnelle ? des protocoles pluriprofessionnels pour certaines pathologies ? un système d’information commun ? Ces nouveaux outils de coordination changent-ils vos pratiques ? Si oui en quel sens ? Avez-vous développé des activités de prévention ? d’éducation thérapeutique ? d’autres activités ? Quels autres projets souhaiteriez-vous développer ?
Impact de l’exercice en MSP sur les relations entre professionnels	Avec quels professionnels échangez-vous au quotidien dans la MSP ? Quels types d’informations échangez-vous ? Comment ? À quelle fréquence ? Échangez-vous davantage depuis votre installation en MSP ? Comment qualifieriez-vous vos relations avec les autres professionnels de la MSP et pourquoi ? Et en dehors de la MSP ?
Impact de l’exercice en MSP sur les relations avec les autorités publiques	Avez-vous des contacts avec l’ARS et / ou la CPAM ? Si oui, quels types d’informations échangez-vous ? Comment ? À quelle fréquence ? Échangez-vous davantage avec l’ARS et / ou la CPAM depuis votre installation en MSP ? Comment qualifieriez-vous vos relations avec l’ARS et l’Assurance Maladie et pourquoi ?

4) Organisation et préparation des restitutions collectives en MSP

A l'issue de l'enquête de terrain sur les six sites et après une première analyse des données recueillies, j'ai décidé d'organiser des restitutions auprès des professionnels de santé des MSP : il s'agissait de présenter mes premiers résultats et de les discuter avec les professionnels eux-mêmes. Cet intérêt pour la restitution a notamment été suscité par le cours de méthodologie dispensé par Anne Revillard dans le cadre du master de sociologie de Sciences Po Paris[1] et ne répondait en aucun cas à une demande des acteurs que nous avons sollicités, qui n'en ont pas fait spontanément la demande. Notons par ailleurs qu'il n'existe pas d'obligation déontologique pour le chercheur et qu'aucun cadre pratique n'est prévu : le *Guide de l'enquête de terrain* de Stéphane Beaud et Florence Weber ne pose d'ailleurs jamais la question de la restitution (Beaud et Weber, 1997).

J'ai choisi d'organiser ces restitutions avant la publication du manuscrit final de la thèse car je les considérais comme une étape à part entière du protocole d'enquête, et ce pour deux raisons.

Premièrement, la restitution me semblait être le moyen de vérifier certaines des informations recueillies pendant l'enquête et de les compléter. Mon objectif était d'abord de garantir la précision de l'analyse. Cette préoccupation fait écho à la double exigence de la restitution identifiée par Daniel Bizeul, « *scientifique* » et « *judiciaire* » (Bizeul, 2008) : scientifique, dans la mesure où la restitution permet de vérifier et d'affiner les données pour ne pas fonder l'analyse sur des informations partielles ; et judiciaire, dans la mesure où cet exerce permet d'être « *loyal* » mais aussi « *critique* » envers les personnes étudiées et les informations qu'elles ont communiquées. La restitution prend dès lors la forme d'un « *contrôle a posteriori sur l'enquête* », pour reprendre la formule de Françoise Zonabend (Zonabend, 1994, p. 4). Un autre objectif, propre à l'organisation de mon terrain, était de permettre la mise en perspectives de mes 6 cas d'études en cherchant autant que possible à avoir des données comparables. Cela m'a paru d'autant plus nécessaire que l'enquête s'est déroulée en deux phases (la première dans les MSP 1, 2 et 3, pendant laquelle j'ai affiné mes questions de recherche de manière inductive, et la seconde dans les MSP 4, 5 et 6, pendant laquelle j'ai testé ces questions de recherche qui

[1] J'ai suivi ce cours en 2015, au moment du démarrage de ce travail de thèse.

étaient alors stabilisées) et que certaines informations me manquaient concernant les MSP 1, 2 et 3.

Deuxièmement, je voulais présenter mes premiers résultats aux professionnels de santé pour les inviter à adopter une démarche réflexive : l'objectif était que les professionnels s'interrogent eux-mêmes sur le sens et les implications des potentielles transformations de leurs pratiques en MSP, que je contribuais à mettre au jour à travers mon analyse. Leurs réactions à l'exposé des résultats, ainsi que les discussions collectives qui ont suivi chaque restitution ont été traitées comme de nouveaux matériaux à prendre en compte dans l'analyse. Cette dimension de l'exercice de restitution me semblait périlleux au départ : je craignais en effet que certaines analyses – qui objectivaient les professionnels et déconstruisaient certaines des représentations qu'ils se faisaient de leurs pratiques et de leurs identités – ne les heurtent. Comme le souligne Françoise Zonabend : « *L'ethnographe n'est pas un miroir. Or c'est bien sous cette forme que dans la plupart des cas, la demande de restitution s'exprime : ce que recherchent les informateurs dans les textes ethnographiques, c'est d'une certaine manière le reflet d'eux-mêmes, tels qu'ils pensaient l'avoir donné. Ils cherchent ce qu'ils croient ou veulent être. En ce sens, l'ethnographe, parce qu'il renvoie une image à laquelle ses interlocuteurs ont quelque peine à s'identifier, devient un sorte de décepteur du social* » (Zonabend, 1994, p. 10). Or risquer de « *décevoir* » mes informateurs n'était pas facile à accepter, car j'avais tissé des relations cordiales avec la plupart d'entre eux. Dans ses réflexions méthodologiques sur le travail d'enquête, Nicolas Flamant évoque également la « *contradiction* » à laquelle est confronté l'enquêteur, soucieux à la fois d'entretenir des relations de proximité avec les enquêtés et de préserver son autonomie nécessaire à l'analyse (Flamant, 2005).

C'est avec ces intentions que j'ai donc proposé des restitutions dans les six MSP de mon échantillon. Quatre restitutions ont eu lieu : il n'a en effet malheureusement pas été possible d'en organiser une dans la MSP 3 (les professionnels faisant face à des « *difficultés internes* » aux dires du médecin porteur de projet, à cause du blocage de la signature de l'ACI) et les professionnels de la MSP 4 n'ont pas donné suite à cette proposition. Les médecins porteurs des quatre autres MSP m'ont demandé au préalable d'expliquer l'enjeu de la restitution pour la proposer à leurs collègues et je reproduis plus loin les éléments génériques que je leur ai fait parvenir. Ces restitutions ont eu lieu fin 2018 – début 2019. Chacune a été précédée d'un nouvel entretien avec le médecin porteur du projet de MSP (accompagné parfois d'un autre

professionnel ou d'un coordonnateur externe investi dans la gestion de la structure). Elles ont été organisées lors de la pause-déjeuner ou en soirée pour qu'un maximum de professions soient présents, et les professionnels y ont d'ailleurs assisté en nombre (environ trois quarts des professionnels de la MSP étaient présents à chaque fois). Les restitutions ont consisté en un temps de présentation des résultats de 30 minutes avec un support visuel, et un temps de discussion collective de 30 minutes à 1 heure selon la structure. Mes craintes quant à l'accueil des résultats ont été rapidement dissipées : certains éléments ont bien suscité des discussions, à la fois entre les enquêtés eux-mêmes et entre les enquêtés et moi-même, mais sans conflits ou blocages.

Proposition de restitution de l'enquête sociologique menée dans 6 MSP (éléments écrits présentés aux professionnels de santé des MSP)

Dans le cadre d'un travail de thèse en sociologie portant sur les pratiques des professionnels de santé exerçant en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, j'ai réalisé une enquête qualitative dans 6 MSP, à laquelle vous avez accepté de participer.
Je vous propose aujourd'hui de vous présenter mes premiers résultats et d'en discuter collectivement avec tous les membres de votre MSP.

Objectifs de la restitution : La restitution n'est légalement et déontologiquement pas obligatoire dans une enquête sociologique de ce type. Mais il me semble qu'elle représente un intérêt, à la fois pour les « enquêtés » et pour l'enquêteur :

- Pour les « enquêtés », c'est l'occasion de réagir, compléter, questionner voire remettre en cause les résultats avant qu'ils ne soient fixés sur le papier.
- Pour l'enquêteur, l'enjeu est d'affiner l'analyse, dans un souci de précision scientifique.

Enjeux de la restitution : La restitution est un exercice difficile pour l'enquêteur qui peut...

- Être confronté aux limiter de son analyse : possibles inexactitudes, oublis, surinterprétation, mauvaise interprétation...
- Étonner / décevoir / froisser les susceptibilités des enquêtés : les enquêtés peuvent ne pas se reconnaître personnellement dans les résultats (car l'enquêteur n'est pas un « miroir »)
- Avoir des difficultés à garder son autonomie dans l'analyse (même si l'objectivité du sociologue n'est de toute façon qu'un idéal scientifique).

Modalités de la restitution : Je vous propose une réunion collective, avec une demi-heure pour l'exposé des résultats et une discussion collective ensuite.

- Présentation des données « lissées » sur les 6 MSP visitées : l'enjeu est d'identifier les similitudes et les différences entre les structures visitées pour pouvoir monter en généralité (il ne s'agit donc pas de faire un « reportage » sur chaque MSP mais de mettre en perspective les 6 cas).
- Discussion collective autour des résultats.

5) Documentation institutionnelle

Circulaire de la DGOS du 21 juillet 2010 et Cahier des charges des maisons de santé pluriprofessionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier

Accessible en ligne :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf

Arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles

Accessible en ligne :

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf

Exemple de protocole de soins : « Guide pratique d'élaboration des protocoles pluriprofessionnels des soins de premier recours, Exemple de la gestion quotidienne des AVK »

Accessible en ligne :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr_exemple__avk.pdf

6) Résumés de la thèse

Français

« Une liberté sous contraintes ? Rationalisation des pratiques des professionnels libéraux de soins primaires en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles en France »

Résumé : En France, l'organisation des soins primaires est longtemps restée une question périphérique du système de santé et ce n'est qu'à partir des années 2000 qu'a lieu un renforcement de la régulation étatique dans ce secteur. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2009 marque un tournant : elle définit pour la première fois les soins primaires et s'attèle à l'organisation de l'offre libérale ambulatoire en faisait la promotion de nouvelles structures de soins pluriprofessionnelles regroupant essentiellement des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux libéraux qui dispensent des soins de premier recours : les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Depuis leur entrée dans la loi, les MSP ont été promues avec constance par les gouvernements successifs ainsi qu'une frange de plus en plus large de professionnels de santé libéraux. Ces nouvelles organisations, inspirées d'initiatives conduites localement par des professionnels de santé, sont présentées dans plusieurs rapports publics comme l'une des réponses – si ce n'est la principale – au problème d'accès aux soins souvent résumé par l'expression dramatisante de « *déserts médicaux* », dans la mesure où elles permettraient d'attirer de jeunes médecins généralistes et de faciliter le transfert de tâches des médecins vers les autres professionnels de santé pour compenser le manque de médecins.

Dans un secteur à dominante libérale, le gouvernement a fait le choix d'une politique incitative pour encourager les professionnels à se regrouper en MSP : celle-ci passe par un mécanisme de labellisation par lequel les Agences Régionales de Santé (ARS) reconnaissent certaines équipes pluriprofessionnelles en tant que MSP, ainsi que par l'attribution de nouvelles rémunérations par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) qui s'ajoutent aux rémunérations individuelles et à l'acte des professionnels libéraux afin de dédommager le temps qu'ils passent à de nouvelles activités de coordination et de santé publique. Les professionnels de santé souhaitant bénéficier de ces rémunérations acceptent de leur côté de contractualiser avec l'ARS et la CPAM, autour de la mise en œuvre de nouvelles règles et procédures – inédites dans le secteur libéral – qui touchent à la fois à l'accès aux soins pour les patients, aux types de soins proposés et à la coordination entre professionnels. Ainsi, sans remettre en cause le statut libéral des professionnels de santé (l'État continuant à garantir le monopole d'exercice de chaque profession, le paiement à l'acte et directement par le patient, la liberté d'installation, ainsi que la liberté de prescription pour les médecins) et en demeurant optionnelle pour les professionnels qui sont libres de s'engager dans ce mode d'exercice, cette nouvelle contractualisation avec l'administration sanitaire et l'Assurance Maladie s'accompagne de transformations potentiellement importantes des pratiques professionnelles, aussi bien dans leur organisation que dans leur contenu. Comment expliquer que des professionnels libéraux

acceptent de s'engager dans une relation contractuelle avec les pouvoirs publics qui vient encadrer leur traditionnelle liberté d'exercice et quels sont les effets de ces nouvelles règles et procédures sur leurs pratiques professionnelles ?

Cette thèse se propose d'étudier les effets des MSP, considérées comme un instrument d'action publique qui participe d'un processus de rationalisation des pratiques des professionnels de santé du secteur libéral. Cet objet permet selon nous de revenir sur deux questions théoriques centrales en sociologie des professions, celle de l'autonomie professionnelle et celle de la division du travail, depuis un secteur moins souvent documenté que le secteur hospitalier (certainement car il est moins touché par les politiques de rationalisation) mais qui permet selon nous de saisir d'autant mieux la tension centrale dans le système de santé français entre une logique libérale, qui repose sur la liberté de choix des patients et des professionnels de santé, et une logique régulatrice, à travers laquelle l'État cherche à organiser un secteur jusqu'alors laissé aux mains des organisations professionnelles.

À travers une analyse sociologique qualitative à la fois au niveau national et au niveau local dans six MSP, reposant sur des entretiens, des séances d'observations et des analyses documentaires, nous montrons que les professionnels libéraux qui choisissent ce mode d'exercice contractuel avec les pouvoirs publics parviennent à maintenir leur autonomie professionnelle : non seulement ils ont un intérêt à exercer en MSP mais, une fois dans ces structures, ils peuvent s'approprier les nouvelles procédures de rationalisation visant à encadrer leurs pratiques pour en limiter la contrainte, voire même en faire une ressource pour faire évoluer leurs pratiques dans un sens qui leur convient. Nous montrons par ailleurs que le contexte organisationnel crée de nouvelles situations de coopération entre les médecins généralistes et les autres professionnels des MSP, qui mènent à une reconfiguration des territoires professionnels à l'échelle de l'organisation qui ne fait que très rarement l'objet de conflits.

Mots-clés : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, soins primaires, rationalisation, contractualisation, autonomie professionnelle, territoires professionnels.

English

"Freedom under constraints? Rationalization of self-employed primary care professionals' practices in multi-professional ambulatory healthcare organizations in France".

Summary: The organization of primary care in France had remained a peripheral issue of the healthcare system for a long time before a reinforcement of state regulation started to take place in the 2000s. The 2009 "Hospital, Patients, Health and Territories" Act marks a turning point: it defines primary care for the first time and promotes new multi-professional primary care structures essentially regrouping General Practitioners (GPs) and paramedical professionals, called "Maisons de Santé Pluriprofessionnelles" (referred to as MSPs). Since then, MSPs have been consistently praised by successive governments as well as an increasing part of self-employed healthcare professionals. Inspired by initiatives led locally by some of them, these new organizations are presented in several public reports as one of the responses - if not the main one - to the issue of care access, often encapsulated in the dramatizing expression of "*medical deserts*", insofar as they would make it possible to attract young GPs and help compensate for the lack of GPs by facilitating the transfer of some of their tasks to paramedical professionals.

In a predominantly private sector, the government has opted for an incentive policy to encourage professionals to regroup together in MSPs: This policy involves a labeling mechanism through which the Regional Health Agencies (ARS) grant multi-professional teams the status of MSP, and additional remuneration paid by the health insurance fund (CPAM) designed to compensate for the time they spend on new coordination and public health activities, in addition to their fee-for-service remuneration. In return, healthcare professionals agree to a contract with the ARS and the CPAM, under which they have to implement new rules and procedures - unprecedented in the private sector - that affect access to care, the types of care services offered and coordination between professionals. Thus, without calling into question their private status (the State continuing to guarantee the monopoly of practice of each profession, payment on a fee-for-service basis and directly by the patient, freedom of establishment, as well as freedom of prescription for GPs) and while it remains optional for self-employed professionals who are free to engage or not in this mode of practice, this new contractual relationship with the health administration and the national Health Insurance comes with potentially significant transformations in professional practices, both in their organization and in their content. Why do self-employed practitioners willingly enter into a contractual relationship with the public authorities that inherently limits their sacrosanct professional autonomy? What are the effects of these new rules and procedures on their practices?

This thesis proposes to analyze the effects of MSPs, considered as a policy instrument that contributes to rationalizing self-employed healthcare professionals' practices. We believe this object allows us to study two theoretical questions that are central in the sociology of the professions: professional autonomy and the division of labor. Albeit less often documented than the hospital sector (certainly because it is less affected by regulatory policies), the ambulatory

sector we study allows, we believe, to better grasp the central tension in the French healthcare system between a liberal logic, based on the freedom of choice of patients and healthcare professionals alike, and a regulatory logic, through which the State seeks to organize a sector hitherto left in the hands of professionals.

Through a qualitative sociological study at both the national and local levels in six MSPs, based on interviews, observation sessions and documentary analyses, we show that self-employed healthcare professionals who choose this contractual practice with the public authorities manage to maintain their professional autonomy: Not only do they have an interest in practicing in MSPs but, once in these structures, they can appropriate the new rationalization procedures in order to limit their constraining dimension, or even turn them into a resource for changing their practices as they see fit. We also show that the organizational context creates new situations of cooperation between GPs and other healthcare professionals, leading to a reconfiguration of professional jurisdictions at the organizational level that is only very rarely the subject of conflict.

Keywords: Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, Multi-Professional Ambulatory Healthcare Organizations, primary care, rationalization, contractualization, professional autonomy, professional jurisdictions.